

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**RELACIÓN ENTRE DERMATITIS SEBORREICA Y NIVEL DE ESTRÉS
EN LOS PACIENTES ADULTOS DEL CENTRO DE LA PIEL (CEPI) DE LA
CIUDAD DE QUITO**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO/A
CIRUJANO/A**

ANDREA ESTEFANÍA DÍAZ EGÜEZ

DIRECTOR: DR.SANTIAGO PALACIOS

QUITO, OCTUBRE 2014

DIRECTOR DE DISERTACIÓN:

Doctor Santiago Palacios

ASESORA METODOLÓGICA:

Dra. Patricia Ortiz

TERCER LECTOR:

Dra. Luz María Dressendorfer

DEDICATORIA

Dedico esta Disertación a todas las personas que forman parte del Centro de la Piel (CEPI), y a los pacientes que participaron para la recolección de información.

A mis padres César y María Soledad, que me dejaron la invaluable herencia del amor a Dios, el hábito por el estudio y la superación constante.

A mis hermanas Sofía y Gabriela, que nunca me han negado su apoyo para alentarme en todo momento y que junto con mis padres han sido mi principal motivación e inspiración en mi vida.

Y a mi novio David por ser mi apoyo incondicional durante todo el proceso.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida, salud y una familia que le pone en el centro de sus acciones.

A mi Director, Dr. Santiago Palacios porque gracias a su conocimiento me permitió concretar el presente trabajo. A mi asesora metodológica Dra. Patricia Ortiz que me apoyo durante la realización de mi disertación. Y a mí tercera lectora Dra. Luz María Dressendorfer que ayudó a finalizar el proceso de mi tesis.

A todo el personal del Centro de la Piel, que ha sido mi apoyo y me han impulsado a finalizar el proyecto, en especial a la Dra. Alexandra Mancheno por su apoyo incondicional.

A la Universidad Católica y todos sus docentes por los conocimientos adquiridos que serán la base de mi carrera profesional.

A mi familia y amigos y demás personas que han sido un apoyo y han colaborado con este proyecto.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 2 MARCO TEORICO	4
2.1 DERMATITIS SEBORREICA	4
2.1.1 HISTORIA.....	4
2.1.2 DEFINICIÓN.....	5
2.1.3 EPIDEMIOLOGIA	5
2.1.4.1 Seborrea:	6
2.1.4.2 Rol de la <i>Malassezia</i> :	7
2.1.4.3 Cambios estacionales:	8
2.1.4.4 Medicamentos:	9
2.1.4.5 Alteraciones nutricionales:	9
2.1.4.6 Otros factores:	9
2.1.5 CLASIFICACIÓN	9
2.1.5.1 Dermatitis seborreica del adulto	9
2.1.5.2 Dermatitis seborreica del niño	11
2.1.5.3 Infección sistémica por <i>P.ovale</i> :	12
2.1.5.4 Dermatitis seborreica en SIDA	12
2.1.6 CLÍNICA	13
2.1.7 DIAGNÓSTICO	13
2.1.8 HISTOPATOLOGÍA.....	14
2.1.9 LABORATORIO.....	14
2.1.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	15
2.1.11 PRONÓSTICO Y CURSO CLÍNICO.....	16
2.1.14 DERMATITIS SEBORREICA Y VIH-SIDA.....	17
2.1.15 DERMATITIS SEBORREICA Y ENFERMEDAD DE PARKINSON	18
2.1.16 TRATAMIENTO.....	19
2.1.16.1 CONSIDERACIONES GENERALES.....	19
2.1.16.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	19
2.1.16.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	21
2.1.16.4 MEDICACIÓN ALTERNATIVA.....	28

2.1.16.5 ADHERENCIA Y PREFERENCIA DE LOS PACIENTES	29
2.2 ESTRÉS.....	29
2.2.1 DEFINICIÓN.....	29
2.2.2 TIPOS DE ESTRÉS	30
2.2.2.1 Eutrés:	30
2.2.2.2 Distrés:	30
2.2.2.3 Valoración primaria:	30
2.2.2.4 Valoración secundaria:	31
2.2.3 FACTORES ESTRESORES:	31
2.2.3.1 Factores personales	31
2.2.3.2 Factores familiares	34
2.2.3.3 Factores laborales	35
2.2.4 FISIOLÓGÍA DEL ESTRÉS:.....	37
2.2.4.1 EJE NEURAL:.....	37
2.2.4.2 EJE NEUROENDOCRINO:.....	38
2.2.4.3 EJE ENDOCRINO:	38
2.2.5 FASES DEL ESTRÉS:	41
2.2.5.1 Fase de alarma:	41
2.2.5.2 Fase de resistencia:	42
2.2.5.3 Fase de agotamiento:	43
2.2.6 SÍNTOMAS DE ESTRÉS:	43
2.2.6.1 Síntomas físicos:	44
2.2.6.2 Síntomas emocionales:	44
2.2.6.3 Síntomas intelectuales:	44
2.2.7 ESTRÉS Y ENFERMEDADES MENTALES:.....	44
2.2.7.1 ESTRÉS Y DEPRESIÓN	45
2.2.7.2 ESTRÉS, ANSIEDAD Y ANGUSTIA	45
2.2.8 PIEL Y ESTRÉS.....	46
2.2.8.1 Trastornos psicofisiológicos:	47
2.2.8.2 Trastornos psiquiátricos primarios:	47
2.2.8.3 Trastornos psiquiátricos secundarios:	47

2.2.9 ESTRÉS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	48
2.2.10 DERMATITIS SEBORREICA Y CALIDAD DE VIDA	48
CAPÍTULO 3 MATERIALES Y METODOS	50
3.1 Objetivos:	50
3.1.1 Objetivo General	50
3.1.2 Objetivos Específicos	50
3.2 Hipótesis	51
3.3 Tipo de estudio	52
3.4 Muestra:	52
3.4.1 Cálculo del tamaño de la muestra:	52
3.5 Procedimiento de recolección de información:	53
3.6 Procedimiento de diagnóstico e intervención:	54
3.6.1 Criterios de inclusión	54
3.6.2 Criterios de exclusión	54
3.6.3 Selección de la muestra	54
3.7 Plan de análisis de datos	54
3.8 ASPECTOS BIOÉTICOS	55
CAPÍTULO 4 RESULTADOS	56
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	56
4.2 COMORBILIDADES	58
4.3 CALIDAD DE VIDA	59
4.4 NIVELES DE ESTRÉS	60
4.5 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	61
4.6 GRADO DE SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD	62
4.7 ANALISIS MULTIVARIAL	63
CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN	68
Limitaciones:	72
CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
6.1 Conclusiones	73
6.2 Recomendaciones	73
CAPÍTULO 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según sus comorbilidades	58
Gráfico 2: Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su afección de calidad de vida.....	59
Gráfico 3: Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su Grado de estrés	60
Gráfico 4: Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su Funcionalidad Familiar	61
Gráfico 5: Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su Nivel de severidad de la dermatitis seborreica	62

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: <i>Características Demográficas</i>	57
Tabla 2 : <i>Características Demográficas/ Edad y Horas de Trabajo</i>	58
Tabla 3: <i>Relación entre el estrés y factores socio demográficos</i>	64
Tabla 4: <i>Relación entre estrés con ejercicio, actividades recreativas</i>	65
Tabla 5: <i>Relación entre estrés y funcionalidad familiar</i>	66
Tabla 6 : <i>Relación entre niveles de estrés y severidad de la enfermedad</i>	67

ANEXOS

Anexo 1 : Fotos.....	82
Anexo 2 : Escala Modificada de Shekelle	84
Anexo 3 : Consentimiento Informado	86
Anexo 4 : Hoja de datos personales.....	87
Anexo 5: Escala CEPI	88
Anexo 6 : Escala de estrés percibido	89
Anexo 7 : Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)	91
Anexo 8 : Apgar familiar	92

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Foto 1: Dermatitis Seborreica facial (Localización: cejas)	82
Foto 2: Dermatitis Seborreica facial (Localización: pliegues nasogenianos)	82
Foto 3 : Dermatitis Seborreica (Localización región external)	83
Foto 4: Dermatitis Seborreica Infantil	83
Foto 5: Pitiriasis capitis	84
Foto 6 : Dermatitis Seborreica facial (Localización: canal auditivo externo).....	84

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El cuerpo se encuentra continuamente expuesto a un grado de estrés que, ante determinadas situaciones, aumenta desencadenando un efecto beneficioso o negativo, en relación con la respuesta del organismo y su capacidad para cubrir una determinada demanda. Este equilibrio dependerá tanto de la disposición biológica y psicológica como de las distintas circunstancias y experiencias vividas por el individuo.(1)

Se ha determinado que los niveles elevados de estrés desencadenan un desequilibrio a nivel de nuestro cuerpo. El 30 -70% de las enfermedades de la piel, están asociadas alteraciones psicológicas como el estrés.(2)

Diversas evidencias mencionan que la respuesta a los estresores, tanto sistémica como local, puede desempeñar un rol importante en la aparición, mantenimiento o cronicidad de diversas dermatosis. Todo esto interviene en conjunto con los factores genéticos y medioambientales implicados en la etiopatogenia de la enfermedad.(2)(3)(4)

La dermatitis seborreica es un proceso inflamatorio crónico localizado en las zonas donde se encuentran las glándulas sebáceas con predominio en la región centrofacial, piel cabelluda y parte superior del tronco. Es un trastorno papuloescamoso que se manifiesta clínicamente por eritema, prurito, descamación ; en algunas ocasiones el paciente puede ser asintomático.(5),(6)

Se observa dos picos de la enfermedad, el primero a los 3 meses de edad, y el segundo inicia en la pubertad y alcanza su punto máximo entre los 40-60 años de edad.(7)

Tiene un curso latente, aparecen brotes de la misma asociados a períodos en los cuales el paciente está sometido a situaciones estresantes.(8),(9) Dentro de su etiología se han realizado nuevas investigaciones en donde se encontró una disminución en los niveles de ácidos grasos libres, colesterol y ceramidas en los pacientes con dermatitis seborreica, lo que produce una alteración en la barrera epidérmica que favorece la colonización posterior del *Malassezia Furfur*.(10),(11) Además dentro de los factores involucrados en la enfermedad se mencionan el estrés, cambios hormonales, predisposición genética, enfermedades neurológicas, medio ambiente e inmunología.(9)

Se cree que el stress exagera la dermatitis seborreica, induciendo un desequilibrio en la homeostasis y permeabilidad de la barrera cutánea, asociada con un aumento en la proliferación de queratinocitos y una elevación en la producción de citoquinas inflamatorias local y periféricamente.(4)

Sin embargo la relación directa entre la dermatitis seborreica y el estrés todavía no ha sido comprobada científicamente ya que hace falta una mayor investigación y estudios en los pacientes que la padecen. Si bien es cierto que la prevalencia de dermatitis seborreica es baja, entre 1-3%, (7) es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen además de estar asociada a otras enfermedades como la enfermedad de Parkinson y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).(5)(12)(13)

En la actualidad se ha visto la necesidad de investigar cómo las enfermedades de la piel afectan la calidad de vida de los pacientes. Se han realizado varios estudios para evaluar la calidad de vida en pacientes dermatológicos y también en el caso específico de la dermatitis seborreica. Szepietowski JC et al, realizaron un estudio en el año 2009, se aplicó la escala Dermatology Life Quality Index (DLQI) a 3000 pacientes. Refieren haber encontrado un deterioro relevante de la calidad de vida de estos pacientes, con un gran impacto en el desempeño de sus actividades diarias.

Peyrí J et al, realizaron un estudio en el año 2007 en Barcelona, donde se aplicó la escala llamada Skindex para evaluar la calidad de vida a 2159 pacientes, indicando que existe una asociación entre la severidad de la enfermedad y afección de la calidad de vida; además dentro las preguntas realizadas a los pacientes manifiestan como un factor desencadenante de los brotes al estrés, depresión y fatiga; el más frecuente en 76,6% de los encuestados fue el estrés.(9)

CAPÍTULO 2 MARCO TEORICO

2.1 DERMATITIS SEBORREICA

2.1.1HISTORIA

Una serie de investigadores ha tratado de determinar el rol de los diferentes microorganismos en el desarrollo de la dermatitis seborreica. *Malassezia spp* es un hongo lipofílico que se encuentra normalmente en la flora de la piel. Fue descrito por primera vez a mediados de 1840 por Eichsted y Sluyter, que lo asociaron con la pitiriasis versicolor. En 1874 Malassez detalló la presencia del *Pityrosporum ovale* en las escamas de la piel cabelluda; en 1887 Unna describió el mismo hallazgo. Posteriormente en 1889, Baillon propuso el término *Malassezia* para este microorganismo. En 1952 Leone , encontró la asociación entre este microorganismo con la pitiriasis del cuero cabelludo, eccema seborreica y otras escamo-dermatosis.(7) Desde entonces se han realizado varias investigaciones para determinar la asociación entre este microorganismo y su rol en el desarrollo de la enfermedad.(7)

2.1.2 DEFINICIÓN

La dermatitis seborreica es una dermatosis eritemato escamosa que se caracteriza por presentar una evolución crónica y brotes recurrentes; afecta a niños durante los primeros meses de vida y adultos. Se localiza en las áreas donde existe un mayor número de glándulas sebáceas como piel cabelluda, cara, región esternal e interescapular, y pliegues. La causa específica aún está en investigación; es posible que haya factores genéticos, infecciosos, hormonales, dietéticos ambientales y emocionales.(14)

2.1.3 EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad que afecta a 1-3%(7) de la población general en Estados Unidos, y del 3-5% en los adultos jóvenes (7); de los pacientes atendidos en la consulta dermatológica del 5-6% acuden por este problema.(14)

El 12% de los recién nacidos lo presenta (14), y ocupa el 25%(14) de los problemas de la piel cabelluda. En pacientes con VIH se presenta del 20-83%(7) y en los pacientes con la enfermedad de Parkinson se presenta en 52-59% (12). Se cree que la prevalencia es subdiagnosticada por falta de criterios validados para el diagnóstico y una escala de gradación de la enfermedad.(15)

La incidencia de la enfermedad tiene dos picos: el primer pico se presenta a los 3 meses de edad y el segundo pico se presenta entre los 40-60 años de edad(7),(16), estos picos demuestran que hay una relación con los cambios hormonales.(7) Existe una mayor prevalencia en hombres que en mujeres(16),(17), y no existe una diferencia entre grupos raciales.(14) Las zonas que son afectadas principalmente son: facial 87,7%, piel cabelluda 70,3%, toráx 26,8%, extremidades inferiores 2,3%, extremidades superiores 1,3% y zonas sin especificar el 5,4%.(9)

2.1.4 ETIOPATOGENIA

La dermatitis seborreica es una enfermedad multifactorial, en la cual existen factores predisponentes: bacterianos, genéticos, ambientales, inflamatorios, alimenticios, farmacológicos y enfermedades.(14)

Existen múltiples teorías en cuanto a su origen y desarrollo, pero aún es incierta la causa específica.(5),(16),(18),(19)

2.1.4.1 Seborrea:

La seborrea es un factor predisponente por estimulación androgénica, pero no es el factor etiológico primario para la aparición de la enfermedad, ya que los niveles de producción sebácea son los mismos en pacientes sanos y pacientes que presentan la enfermedad. (20),(21),(22) En los recién nacidos existe una

hiperplasia de las glándulas sebáceas debido a una influencia hormonal materna, posteriormente el estímulo cesa y reaparece en la pubertad, lo que está en relación con los picos de incidencia de la enfermedad.(14),(18),(11) Los lugares de presentación clínica como piel cabelluda, cara, región esternal y pliegues son lugares en donde se encuentran un mayor número de glándulas sebáceas.(18)

El sebo tiene como función mantener la permeabilidad de la barrera epidérmica, cargar antioxidantes a la superficie de la piel y protege a la piel de la colonización bacteriana.(11) La composición del sebo es una mezcla entre ácidos grasos, triglicéridos, ésteres de cera, colesterol, parafina y escualeno(11). En la dermatitis seborreica existe una alteración en la composición del sebo con un predominio de triglicéridos, parafina y una disminución en los ácidos grasos libres, escualeno y ester de cera.(18),(21),(23),(24)

2.1.4.2 Rol de la *Malassezia*:

Aún no está bien definido el papel de la *Malassezia* en la etiopatogenia de la enfermedad, ya que está forma parte de la flora normal de la piel.(14),(23) Se han realizado varios estudios para determinar si las personas que padecen la enfermedad poseen una mayor cantidad de este microorganismo en la piel, sin embargo existen resultados contradictorios en las investigaciones realizadas.(7),(19),(25) No obstante al aplicar un tratamiento para erradicar esta especie de hongo se observa mejoría en la evolución de la enfermedad lo que

apoyaría la teoría de la participación de *Malassezia* como un patógeno en la enfermedad.(5),(20),(22),(26) Existen varias especies de *Malassezia*, y se ha encontrado que las más prevalentes en sujetos con dermatitis seborreica son :*M. globosa* 40,7%, *M.pachydermatis* 22,2%, *M.furfur* 11,1% y *M.restricta* 7,4%. (10)

Este microorganismo actúa mediante la acción de la lipasa sobre los triglicéridos y los transforma en ácidos grasos de cadena corta, capaces de penetrar la piel; como respuesta se produce la activación de la vía alterna del complemento e incremento de la producción de citoquinas pro inflamatorias por medio de los queratinocitos.(15),(27),(28)

Esto produce una alteración en el estrato córneo, lo que afecta la barrera de permeabilidad epidérmica, y ocasiona una respuesta inapropiada que disminuye el tiempo de recambio de los queratinocitos causado por la hiper proliferación y ésto a su vez está asociado con una queratinización inadecuada. (27),(28),(29)

2.1.4.3 Cambios estacionales:

Las variaciones de temperatura y humedad están en relación con el curso de la enfermedad. Se observó, un empeoramiento de la sintomatología en las bajas temperaturas y baja humedad.(18)

2.1.4.4 Medicamentos:

Existen algunos medicamentos que ocasionan síntomas que simulan a la dermatitis seborreica como por ejemplo: arsénico, metildopa, oro, cimetidina, agentes neurolépticos.(18),(20),(30)

2.1.4.5 Alteraciones nutricionales:

Deficiencias nutricionales de riboflavina, piridoxina, niacina y zinc desencadenan de igual manera síntomas que simulan a la dermatitis seborreica.(9),(18),(20),(31)

2.1.4.6 Otros factores:

El consumo excesivo de alcohol, comidas copiosas, sedentarismo, estrés y alteraciones emocionales pueden exacerbar la enfermedad.(21),(30)

2.1.5 CLASIFICACIÓN

2.1.5.1 Dermatitis seborreica del adulto

Pitiriasis capitis o pitiriasis sicca simplex: Se caracteriza porque afecta parte o toda la piel cabelluda, su presentación clínica una descamación blanca o grisácea con prurito leve.(14),(15),(18)

Pitiriasis esteatoide: Se caracteriza porque afecta de manera difusa el cuero cabelludo, llegando al margen de implantación y produce la denominada “corona seborreica”, existe también afección de las cejas y pliegues nasogenianos; su presentación clínica: eritema, escamas de color amarillo, costras y exudado.(14),(15),(18)

Dermatitis seborreica facial: Se caracteriza porque afecta de forma simétrica las alas nasales, pliegues nasogenianos y mejillas; su presentación clínica eritema, descamación, fisuras y tapones foliculares. Puede afectar también a las regiones retroauriculares y conducto auditivo externo.(14),(15),(18)

Blefaritis marginal: Se caracteriza porque afecta el borde libre de los párpados; siendo su presentación clínica eritema y descamación leve. Puede acompañarse de orzuelo, pérdida de las pestañas y conjuntivitis.(14),(15),(18)

Dermatitis seborreica de barba, bigote y pubis: Se caracteriza por presentarse en las zonas mencionadas con eritema, escamas y puede estar relacionada con pústulas foliculares.(14),(15),(18)

Eccemátides seborreicas: Se presentan en varones de más de 20 años de edad.(14)

Dermatitis seborreica intertriginosa: Se caracteriza por afectar principalmente a adultos de 40 a 50 años de edad y adolescentes obesos. Se localiza en axilas, ingles, pliegues inframamarios, ombligo y región anogenital. Predomina en el surco balanoprepucial y el clítoris. Se presenta con fisuras, eritema, inflamación intensa y escamas grasosas. Se agrupa en placas y la

infección sobreañadida es frecuente ,por lo que da como resultado un olor fétido característico.(14),(15),(18)

2.5.1.2 Dermatitis seborreica del niño

Costra de leche:

Se caracteriza porque se presenta durante los 3 primeros meses de vida, se presenta hiperplasia de las glándulas sebáceas en el dorso de la nariz y placas descamativas, oleasas de tamaño y forma variable en la piel cabelluda, la región centrofacial y toráx anterior.(14),(15),(18)

Dermatitis seborreica o eccema seborreico infantil:

Inicia entre la tercera y cuarta semana de vida; afectando principalmente el cuero cabelludo, extendiéndose de manera progresiva hacia frente, cejas, pestañas, pliegues retroauriculares y alas nasales; también puede extenderse a pliegues del cuello, axilas, ingles ,ombligo , genitales , región perineal o ser generalizada. Se presenta con eritema, escamas blanco- amarillentas adherentes, oleosas de forma y tamaño variable. Pueden existir fisuras y placas eccematosas, el prurito es leve y tiene tendencia a la remisión espontánea.(14),(15),(18)

Seudotiña amiantácea de Alibert:

Se caracteriza por presentarse en niños; en la piel cabelluda con escamas o escamocostras gruesas y estratificadas, de color blanquecino grisáceo, que al levantarse parecen húmedas. Algunos la catalogan como una entidad que puede

complicar a la dermatitis seborreica, asociada a dermatitis atópica, psoriasis o tiña capitis.(14),(15),(18)

Eritrodermia descamativa de Leiner- Mousos:

Inicia de manera repentina entre los 2 y 4 meses de edad, y predomina en niños alimentados al seno materno; se han descrito casos familiares, la herencia es autosómica recesiva. Inicia en la piel cabelluda y pliegues, evoluciona rápidamente con eritema intenso y descamación profusa que afecta toda la superficie cutánea. Está relacionada con candidiosis de los pliegues, diarrea intensa e infecciones locales y sistémicas por gram negativos; se encuentra deficiencia funcional de C5; hay deterioro del estado general y puede haber emaciación y muerte; es considerado en la actualidad como un síndrome.(14),(15),(18)

2.1.5.3 Infección sistémica por *P.ovale*:

Se presenta en recién nacidos que se encuentran en unidades de cuidados intensivos, y que reciben alimentación parenteral con emulsiones de lípidos administradas por catéter venoso. Tienen una mayor predisposición en los pacientes que se encuentran por estancias prolongadas en este tipo de unidades, o pacientes prematuros; además de fungemia se ha relacionado con endocarditis.(14),(15),(18)

2.1.5.4 Dermatitis seborreica en SIDA

Se manifiestan diferencias en la forma clásica; por lo general es más extensa y grave.(14),(15),(18)

2.1.6 CLINICA

Se presentan en áreas donde existe un mayor número de glándulas sebáceas como: piel cabelluda, cara, cejas, conducto auditivo, región retro auricular, región pre esternal, párpados y pliegues.(7),(26) Las lesiones consisten en máculas o placas con bordes bien definidos de color rosado o amarillento con una ligera descamación o la presencia de escamas grasas blanco amarillentas. La presencia de prurito en cualquier localización es variable y depende de la severidad de la enfermedad.(7),(21),(9) En el cuero cabelludo se caracteriza por la presencia de escamas gruesas adheridas al mismo de color blanquecino o amarillento, que se desprenden con facilidad; pueden ocasionar debilitamiento del folículo piloso, provocando la caída de cabello.(27) En los pliegues se caracteriza por presentar lesiones con eritema en la base y alrededor de las lesiones.(7)

2.1.7 DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico es fundamental la exploración física y la clínica del paciente, acompañados de una historia clínica completa. (5),(15) Además existen 3 puntos importantes para medir la gravedad del problema que se utilizan en el centro de la piel (CEPI) que son: Intensidad, Extensión y Funcionalidad de la enfermedad, lo que nos ayuda a determinar la severidad de la enfermedad.

2.1.8 HISTOPATOLOGÍA

El resultado histopatológico varía de acuerdo al estado en el que está la enfermedad. En la fase aguda o subaguda se observa un infiltrado perivascular de linfocitos e histiocitos, espongiosis, hiperplasia y paraqueratosis.(18),(24)

En la fase crónica se observa folículos dilatados, acantosis irregular, paraqueratosis focal, que alcanza en algunos casos un patrón psoriasiforme.(18),(19)

Si la dermatitis seborreica es asociada síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se puede observar queratinocitos necróticos en la epidermis superficial y mayor exocitosis de linfocitos e infiltrado más intenso, en dermis superficial, de células plasmáticas y eosinófilos.(19),(24)

Se puede observar en la capa córnea estructuras fúngicas sobre todo con la técnica de ácido periódico de Schiff (PAS). (18),(24)

El diagnóstico diferencial a nivel histopatológico de la dermatitis seborreica, es complejo si no se correlaciona con la clínica del paciente.(24)

2.1.9 LABORATORIO

Si al realizar la historia clínica o el examen físico no se evidencian hallazgos que lo justifiquen, no se requiere realizar ningún examen en los pacientes con dermatitis seborreica, el diagnóstico es clínico. Si la aparición de la enfermedad es brusca y sintomatología es severa, se sugiere realizar serología

para VIH. (32),(33) Finalmente si el diagnóstico es dudoso se puede realizar biopsia.(7),(15)

2.1.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial depende de la edad del paciente, del sitio involucrado y del grupo étnico del paciente.(15)

Condiciones comunes:

Psoriasis, tiña capitis, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, candidosis, dermatitis de la zona de pañal, fotosensibilización, pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, intertrigos, eritrodermias, rosácea y eritrasma.(7),(14),(15),(27)

Condiciones raras:

Histiocitosis X de tipo Letterer-Siwe, síndrome de Wiskott-Aldrich, lupus eritematoso, enfermedad de Darier, y dermatomiositis.(7),(14),(15),(27)

De acuerdo a lugar de localización:(18)

Cuero cabelludo: psoriasis, dermatitis atópica, Impétigo, tiña capitis

Cara: psoriasis, rosácea, dermatitis de contacto, impétigo

Párpados: dermatitis atópica, psoriasis, infestación de *Demodex folliculorum*, dermatitis de contacto por cosméticos

Canal auditivo: psoriasis, dermatitis de contacto, otomicosis

Tórax anterior y espalda: pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, lupus, escabiosis, tiña corporis

Áreas intertriginosas: psoriasis invertida, candidiasis, pénfigo seborreico, dermatitis atópica

En todo el cuerpo: sífilis secundaria, pénfigo foliaceo

2.1.11 PRONÓSTICO Y CURSO CLÍNICO

Esta es una enfermedad crónica que suele presentarse a manera de brotes, que duran de semanas a meses, por lo que el tratamiento ayuda al control de los brotes más no a su cura.(9),(18) El pronóstico de la dermatitis seborreica infantil es muy bueno ya que ésta se autolimita.(18)

2.1.12 COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones más frecuentes tenemos: dermatitis por contacto, corticoestropeo , candidosis e infecciones piógenas favorecidas por pH alcalino.(14),(34)

2.1.13 ENFERMEDADES RELACIONADAS:

En los niños suele presentarse acompañada de eccema, púrpura e infecciones múltiples en el síndrome de Wiskott-Aldrich. En los adultos puede relacionarse con diabetes, hipertensión, linfomas, dermatitis atópica, acné, psoriasis, rosácea, dermatitis numular y dishidrosis.(14)

2.1.14 DERMATITIS SEBORREICA Y VIH-SIDA

Se ha reportado que un 85% de los pacientes con serología positiva para VIH presentan predominancia de *Malassezia globosa*.(7) Sin embargo no se ha demostrado un mayor número en comparación con pacientes que no padecen la enfermedad.(7) No se ha demostrado una alteración en la producción de lípidos de la piel en pacientes inmuno comprometidos, pero se han reportado alteraciones importantes en su composición que incluyen una reducción del escualeno, un aumento del colesterol y ésteres de colesterol.(7)

Se presenta en los pacientes con VIH-SIDA con recuento de 200-500 linfocitos T y CD4 , esta dermatosis una manifestación temprana.(7),(14),(20)

Se observa una hiper estimulación de los queratinocitos epidérmicos.(14),(35) Las manifestaciones clínicas son más severas y se presentan de forma temprana siendo el tratamiento de las lesiones algo complicado.(18) Se han realizado

estudios que demuestran que el tratamiento antirretroviral sin embargo los resultados son discordantes.

2.1.15 DERMATITIS SEBORREICA Y ENFERMEDAD DE PARKINSON

Se encuentra relacionado con el aumento de producción de andrógenos, y los efectos que éstos ocasionan sobre las glándulas sebáceas.(7) La enfermedad se presenta en los pacientes con niveles elevados de seborrea, asociados a una hiper estimulación parasimpática; así como un efecto de la hormona estimuladora de melanocitos (MSH) sin embargo no está en relación con la severidad de la enfermedad de Parkinson.(12),(19),(36) Además es posible que la inmovilidad de los pacientes promueva la acumulación de sebo en la piel.(19)

La secreción sebácea disminuye en aquellos pacientes tratados con L-dopa, más no se observa un efecto beneficioso en aquellos que no presentaron una secreción aumentada inicialmente. (19)

2.1.16 TRATAMIENTO

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

2.1.16.1 CONSIDERACIONES GENERALES

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
En general la terapia va dirigida a la reducción de los síntomas como eritema, descamación, prurito, disminuir la severidad de los brotes y evitar su recurrencia. Además inhibición de la colonización de levaduras y control de las infecciones secundarias. (37),(38)	E-3
Es importante recalcar a los pacientes el curso crónico de la enfermedad y explicarles que la terapia trabaja controlando las manifestaciones clínicas de la enfermedad más no la cura. El tratamiento tiene que ser utilizado por períodos largos y repetirlo en los brotes. (18),(32)	R-3
Es fundamental reiterar a los pacientes que no es una enfermedad contagiosa, que suele mejorar con el paso de los años, que es frecuente su exacerbación por factores emocionales y ambientales.(32)	R-3

2.1.16.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

MEDIDAS HIGIÉNICAS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Las medidas higiénicas son muy importantes, se recomienda el uso frecuente de jabones alcalinos o sustitutos del jabón.(14),(32),(37)	E-4

COSMÉTICOS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Los cosméticos con alcohol como por ejemplo limpiadores faciales o colonias pueden irritar la piel por lo que no se recomienda su uso. Además los cosméticos no deben tener un aporte extra de grasa para la piel.(32)	E-4

ALIMENTACIÓN

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Se ha determinado que el consumo excesivo de alcohol,(14) alimentos picantes o muy condimentados suelen exacerbar las lesiones. Sin embargo no se sugiere restricciones dietéticas.(32)	E-4

FÁRMACOS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Evitar el uso de fármacos como arsénico, metildopa, oro, cimetidina, agentes neurolépticos ya que estos producen síntomas que simulan la enfermedad.(18),(20),(30)	E-4

EXPOSICIÓN SOLAR

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Se cree que la exposición solar podría tener un efecto favorable sobre la enfermedad.(32)	E-4

FOTOTERAPIA

RAYOS UVB

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Se comprobó que la dermatitis seborreica severa tratada con rayos UVB de banda estrecha 3 veces por semana hasta ver resultados o hasta completar 2 meses de tratamiento presenta mejoras clínicas. La media del número de sesiones de 23 con una dosis acumulativa de $9,8 \text{ J/cm}^2$. (36),(39)	E-3
Las mayores limitaciones de la fototerapia en pacientes con dermatitis seborreica son las visitas frecuentes para la fototerapia y su recaída posterior a la suspensión del tratamiento en un período de 2-6 semanas; además de los riesgos asociados con la dosis acumulativa.(39)	E-3

PSOLARENOS MÁS RAYOS UVA (PUVA)

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
En un estudio realizado en 5 pacientes con VIH y dermatitis seborreica a los cuales se les administro PUVA , de $30\text{-}262 \text{ j/cm}^2$ presentaron una mejoría en las lesiones de la piel. (39)	E-3
Este hallazgo es contradictorio con un estudio en el cual se encontraron 18 pacientes con dermatitis seborreica facial posterior al tratamiento con PUVA realizado en 347 con psoriasis.(39)	E-3

2.1.16.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

AGENTES ANTIFÚNGICOS

AZOLES

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Los azoles representan uno de los grupos de antifúngicos más utilizados en el tratamiento de la dermatitis seborreica. Se caracterizan por presentar en su estructura química de un anillo azólico de 5 átomos, que se encuentran divididos	E-4

en dos grupos de acuerdo a su contenido de nitrógenos se denominan imidazoles los que contienen dos nitrógenos y triazoles los que contienen tres nitrógenos. (5),(40),(41),(38)	
Interfieren en la síntesis de lanosterol en ergosterol al inhibir la C-14 metiltransferasa acoplada a citocromo P450. Lo que altera la fluidez y permeabilidad de la membrana, inhibiendo el crecimiento y replicación celular. (5),(40),(41)	E-3
Los efectos adversos están en relación con la afinidad por el citocromo P450; el itraconazol y fluconazol se unen débilmente en comparación con el ketoconazol por lo que presentan menos efectos adversos. (5),(40),(41)	E-3
Se ha demostrado que el bifonazole, itraconazol y ketoconazol tienen propiedades anti inflamatorias, al inhibir la vía de la 5-lipooxigenasa, la cual bloquea la síntesis de leucotrieno B4 en la piel. Este efecto anti inflamatorio alivia la sintomatología de la dermatitis seborreica. (5),(40),(41)	E-3

KETOCONAZOL

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
El uso de ketoconazol ha demostrado un efecto favorable tanto en el cuero cabelludo como otras partes del cuerpo.(42) Se encuentra en varias presentaciones para uso tópico como gel, crema y espuma. También se lo puede prescribir a una dosis de 200mg al día por un período de 4 semanas. (5),(40),(43)	E-3
El uso intermitente de ketoconazol puede tener efecto beneficioso si es utilizado consistentemente para inducir una remisión de la enfermedad. Su uso combinado con zinc y selenio también ha demostrado ser efectivo. (5)	E-3

ITRACONAZOL

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
El itraconazol por vía oral, tiene una mayor efectividad ya que tiene una afinidad por las zonas del cuerpo altamente queratinizadas como son el pelo y las uñas. La medicación persiste en la piel por un período de dos a cuatro semanas creando una reserva terapéutica por lo que requiere un tratamiento más corto aumentando el cumplimiento en la toma del mismo. (5),(40),(44)	E-3

Se sugiere una dosis de 200mg al día por 7 días.(5),(40),(44)	E-3
---	------------

ALILAMINAS

TERBINAFINA

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
La terbinafina es una alilamina que tiene un amplio espectro y actividad anti fúngica sobre dermatofitos y varios tipos de levaduras. (5),(40)	E-4
Actúa inhibiendo la enzima escualeno epoxidasa, lo que disminuye la concentración de ergosterol, y promueve un incremento en los niveles de escualeno, aumenta la permeabilidad de la membrana celular; lo que ocasiona una interrupción en la organización celular y disminuye el crecimiento del hongo. (5),(40)	E-4
La terbinafina es efectiva para el tratamiento de la dermatitis seborreica cuando se la utiliza por vía tópica , tiene un efecto anti inflamatorio y probablemente efectiva cuando se utiliza por vía sistémica. (5),(40)	E-4

BENZILAMINAS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
La butenafina es un derivado sintético con una estructura y mecanismo de acción similar a las alilaminas. Inhibe la escualeno epoxidasa, lo que provoca la supresión de la síntesis de ergosterol y aumenta las concentraciones de escualeno a niveles tóxicos para el hongo. (40)	E-4
La butenafina es un fungicida in vitro contra el M.furfur y dermatofitos, pero es un fungistático contra la Candida Albicans.(40)	E-4
Posterior a su aplicación tópica concentraciones residuales se mantienen en la piel por un período de 72 horas; se ha visto que posee propiedades anti inflamatorias inhibiendo los rayos UVB que inducen eritema. (5),(40)	E-4

HIDROXIPIRONAS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
El ciclopirox es un anti fúngico sintético derivado de la hidroxipiridona, posee propiedades antibacteriales y anti inflamatorias. También se ha demostrado que posee una buena eficacia y tolerancia en los pacientes con dermatitis seborreica moderada. (5),(40),(45)	E-4
In vitro posee una actividad fungistática y fungicida contra los hongos así como contra bacterias Gram positivas y negativas. También posee actividad anti inflamatoria, inhibe la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos; así como la inhibición de 5 lipoxigenasa y la ciclooxigenasa. (5),(40),(45)	E-4
A diferencia de otros anti fúngicos no inhibe la síntesis de esterol; inhibe la captación de componentes esenciales y en altas concentraciones ejerce un efecto sobre la membrana celular alterando su permeabilidad. Cicloporox causa la quelación de cationes polivalentes que inhiben enzimas metal dependiente responsables de la degradación de las peroxidasas dentro de la célula. (5),(40),(45)	E-4
Se sugiere el uso de cicloporox en champú al 1-1,5% de dos a tres veces por semana por cuatro semanas.(5),(46)	E-4

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIFUNGICOS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Los efectos adversos asociados con los agentes anti fúngicos tópicos son dermatitis irritativa de contacto en un pequeño porcentaje, sensación de quemazón, prurito y resequead de la piel en 2-3%.(5)	E-4
En cuanto a sus efectos adversos por vía oral se deben a su mecanismo de acción que interfiere con el citocromo P450 por lo que se limita su uso para dermatitis seborreica.(5)	E-4

OTRAS TERAPIAS ANTI FÚNGICAS

SULFURO DE SELENIO

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Utilizado en la presentación de champú dos veces por semana para la dermatitis seborreica ha dado buenos resultados; aunque su efecto es menor al ketoconazol. El uso tópico del selenio ocasiona como uno de sus efectos adversos hiperpigmentación.(5),(29)	E-4

PIRITIONATO DE ZINC

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Se cree que tiene una actividad antimicrobiana y fungistática. (5),(19) In vitro se ha demostrado que tiene mayor eficacia contra <i>Pitirosporum ovale</i> en comparación con el sulfuro de selenio; en presentaciones de champú para la dermatitis seborreica del piel cabelluda son igualmente efectivos. (19),(40) El piritionato de zinc es efectiva en champú al 2% y en crema al 1%.(19),(36)	E-4

SUCCINATO DE LITIO

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
En ungüento al 8% combinado y 0,05% de sulfato de zinc, puede ser efectivo en el tratamiento de la dermatitis seborreica. Se sugiere que in vitro posee un efecto anti fúngico contra <i>Malassezia spp</i> ; otros estudios reportan que posee un efecto anti inflamatorio más no un efecto anti fúngico.(19)	E-4

ALQUITRÁN DE HULLA (COALTAR)

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Posee un efecto citostático, antiproliferativo, anti inflamatorio, dispersa la escamas de la piel cabelluda, disminuye la colonización de <i>Malassezia</i> , produciendo un efecto antifúngico.(39)	E-3

En estudios realizados en piel de ratones suprime la síntesis de DNA en la epidermis.(47)	
En estudio aleatorizado utilizando champú de alquitrán de hulla al 4% en pacientes con dermatitis seborreica localizada en la piel cabelluda se observa una mejoría.(39)	E-4

ANTIBIÓTICOS

METRONIDAZOL

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
En un estudio doble ciego aleatorizado se observó que el metronidazol al 0,75% en gel aplicado 2 veces al día por 8 semanas era efectivo. (39)	E-3
En otro estudio se evidenció que en comparación con el ketoconazol son igual de efectivos.(39)	E-3
Como efectos adversos se observó sensibilización al contacto después de varias aplicaciones en el área afectada.(5)	E-3

INMUNO MODULADORES TÓPICOS

TACROLIMUS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Es un macrólido inmunomodulador que inhibe la fosfatasa calcineurina, lo que impide la activación de linfocitos T, la transcripción de citocinas proinflamatorias y la liberación de mediadores de mastocitos y basófilos en la piel; produce un efecto anti inflamatorio.(15),(48) In vitro posee un efecto fungicida potente contra <i>Malassezia spp.</i> (5),(40)	E-3
En comparación con el tacrolimus, el pilecrolimus posee más estudios y ha demostrado una mayor efectividad. (49)	E-3

PIMECROLIMUS

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Es un derivado semi sintético de la ascomicina, un macro lactámico aislado del <i>Streptomyces hygroscopicus var ascomyceticus</i> .(49) Existe evidencia que sugiere que posee que el pimecrolimus actúa directamente en la liberación de IL-2; otro de sus efectos es la inhibición de factores pro inflamatorios liberados por los mastocitos como histamina, serotonina y B hexosaminidasa.(49),(50)	E-3
Se ha confirmado que la aplicación tópica de pimecrolimus al 1% crema en pacientes con dermatitis seborreica facial moderada a severa, 2 veces a la semana por 4 semanas, demostró una mejoría en la sintomatología de los pacientes, además no se reportaron efectos adversos por los cuales se haya suspendido el tratamiento.(49)	E-3
Kim GK, et al realizaron un estudio en donde se comparó pimecrolimus al 1% con valerato de betametasona al 0,1%. Se observó que ambos grupos de pacientes presentaron mejora clínica, sin embargo se determinó que con el pimecrolimus existe una mayor duración de su efecto y disminuye las recaídas. (49)	E-3
Koc E, et al realizaron un estudio que compara el pimecrolimus al 1% vs el ketoconazol al 2% en crema. Se observó igual eficacia en los dos grupos de pacientes, pero aparecieron con mayor frecuencia efectos adversos en los pacientes tratados con pimecrolimus.(51)	E-3

CORTICOIDES

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Los corticoides por períodos cortos, se utilizan para disminuir el componente inflamatorio de la enfermedad.(37)	E-4
Los corticoides se utilizan en diferentes grupos y potencias para el tratamiento de la dermatitis seborreica; los más utilizados son la hidrocortisona y el dipropionato de betametasona. (37)	E-4
Sin embargo los corticoides tópicos, ocasionan atrofia de la piel, telangiectasias, foliculitis e hipertrichosis; por lo que han sido reemplazados por anti fúngicos tópicos. (37)	E-4
En el caso de los pacientes inmunodeprimidos el tratamiento con corticoides es beneficioso.(5)	E-4

AGENTES QUERATOLÍTICOS

ÁCIDO SALICÍLICO

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Es un agente queratolítico, que disminuye la adhesión celular de los corneocitos; es utilizado para remover la piel hiperqueratósica. (47)	E-4

SULFURO

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Tiene propiedades queratolíticas y antimicrobianas. Su efecto queratolítico está mediado por la reacción entre el sulfuro y la cisteína de los queratinocitos, su acción antimicrobiana depende de la conversión de sulfuro en ácido pentanoico por la flora normal de la piel o los queratinocitos. (47)	E-4
Se observó que al utilizar sulfuro al 2% combinado con ácido salicílico en champú existe una mejoría clínica. (47)	E-4

2.1.16.4 MEDICACIÓN ALTERNATIVA

ACEITE DE ÁRBOL DE TÉ

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Conocido como <i>Melaleuca alternifolia</i> , es un derivado de un árbol australiano. (5). Tiene actividad antifúngica contra <i>Malassezia spp</i> tanto in vitro como in vivo.(40)	E-4
Ha sido utilizado como una alternativa para el tratamiento de la dermatitis seborreica localizada en la piel cabelluda. (5)	E-4

En un estudio realizado en 126 pacientes en los cuales se aplicó aceite de árbol de té al 5% en champú vs placebo; se observó una mejora en el 41%.(52)	E-3
---	------------

2.1.16.5 ADHERENCIA Y PREFERENCIA DE LOS PACIENTES

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/Grado
Los pacientes que poseen enfermedades crónicas como la dermatitis seborreica no se adhieren a terapias con productos tópicos, lo contribuye a un fracaso en los resultados del tratamiento. (53)	E-4
Los factores que afectan la adherencia de los pacientes son la complejidad de los regímenes de tratamiento, costos y el deseo por mejorar su salud. (53)	E-4
Un régimen de manejo en un paciente con dermatitis seborreica requiere la combinación de varios productos para diferentes zonas del cuerpo. (53)	E-4
Además la aplicación de un producto tópico consume tiempo, puede ser desorganizada e inconveniente, especialmente cuando se requiere múltiples aplicaciones al día. Es por esta causa que debemos seleccionar la menor cantidad de productos posibles. (53)	E-4

2.2 ESTRÉS

2.2.1 DEFINICIÓN

El estrés es una respuesta fisiológica, física y psicológica producida ante estímulos externos como amenazas y demandas del entorno, que le permiten al organismo adaptarse para reaccionar adecuadamente.(54),(55),(56)

2.2.2 TIPOS DE ESTRÉS

2.2.2.1 Eutrés:

Es conocido como el buen estrés, desencadena una respuesta positiva en la vida, que le permite al individuo enfrentar nuevos retos, buscando buenos resultados y adaptarse de mejor manera a los cambios de su entorno. Éste no es perjudicial, y es la cantidad adecuada que nos permite desenvolvernos de una manera eficaz.(55),(57),(58),(59)

2.2.2.2 Distrés:

Es conocido como el mal estrés, pues posee efectos negativos sobre el cuerpo. Puede desencadenar una serie de patologías mentales, acelera el proceso de envejecimiento, etc. (55),(57),(58),(59)

La percepción de un estímulo como estresante o no, se realiza a través de una valoración primaria y una valoración secundaria al estímulo. (60)

2.2.2.3 Valoración primaria:

La persona evalúa las características del estímulo y como resultado determina si éste es irrelevante, beneficioso o lo reconoce como una amenaza.(60)

2.2.2.4 Valoración secundaria:

La persona evalúa su capacidad para responder ante el estímulo, y se desencadenara una respuesta cuando el individuo considere que no tiene los recursos suficientes. (60)

2.2.3 FACTORES ESTRESORES:

Son aquellos factores que desencadenan estrés en un momento específico.(57)

2.2.3.1 Factores personales

Sexo: Si bien es cierto que hoy en día las mujeres desempeñan roles masculinos, el rol social, moral, físico y laboral es distinto en hombres y mujeres. En general las mujeres están expuestas a más situaciones estresantes tanto en su hogar como en su vida laboral, sin embargo ellas disminuyen sus niveles de estrés al llorar o contar sus problemas a otros.(55) Según algunas estudios las mujeres presentan mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión que los hombres.(61)

Edad: Es un factor no modificable; las personas jóvenes se adaptan de mejor manera al estrés del entorno que los ancianos, ya que sus respuestas fisiológicas se encuentran íntegras.(55)

Sentir o pensar que se tiene control sobre los acontecimientos: Es prepararnos para enfrentar problemas que ya conocemos, lo que nos permite reaccionar de mejor manera y sentir menos estrés.(55),(62)

Tolerar la ambigüedad y saber improvisar en un mundo cambiante: Es muy importante que las personas aprendan a lidiar ante los cambios constantes de la vida y sean capaces de adaptarse a nuevas situaciones. (55), (62)

Tener un buen ambiente social: Es muy importante contar, tener amigos, familiares y otros seres queridos que nos brinden su apoyo cuando sea necesario; esto permite que nos enfrentemos de mejor manera a las situaciones estresantes de la vida.(55), (62)

Tener un buen estilo de vida: Hay que reforzar a nuestro organismo, adoptar una dieta balanceada, realizar ejercicio, tener algún pasatiempo, salir con amigos, dormir, etc. (55)

Tener actitud positiva: nos ayuda a desarrollar una mentalidad flexible, para reaccionar de mejor manera ante los problemas. (55)

Personalidad del individuo: Existen ciertas características de cada individuo que lo predisponen a mayores niveles de estrés.(58)

Personalidad Tipo A: Son aquellas personas perfeccionistas, que sienten la necesidad de conseguir logros, estar al control de todas las tareas en las cuales participan, son competitivos y ambiciosos. Están en alerta constante, lo que conlleva grandes esfuerzos y preocupación constante. Sienten gran preocupación por la puntualidad, prefieren hacer las cosas solos, sin delegar responsabilidades. (55),(57),(58),(59)

Personalidad Tipo B: Son aquellas personas poco competitivas, que prefieren el trabajo en equipo, poco ambiciosas, delegan responsabilidades. Disponen de su tiempo libre y no les gusta vivir pendientes de los horarios.(55),(57)

Otras clasificaciones de la personalidad:

Cicloide o cíclica: son aquellas personas que poseen cambios de personalidad muy variables, entre la depresión y la alegría, pasan de la actividad a la fatiga o del cariño al odio con facilidad. (57),(58),(59)

Compulsiva: son aquellas personas meticulosas en su trabajo, críticos en todos los aspectos de su vida por lo que pueden llegar a ser obsesivos. (57),(58),(59)

Existen otro tipo de personas que tienden a padecer niveles elevados de estrés:

Personas conflictivas: son aquellas personas que reaccionan de manera inadecuada ante cualquier cambio. (57),(58),(59)

Personas introvertidas: son aquellas personas que reaccionan intensamente ante cualquier problemática(57),(58),(59)

Personas dependientes: son aquellas personas que no se sienten capaces de resolver un problema por sí solas, lo que ocasiona disturbios en su trabajo y en su hogar. (57),(58),(59)

2.2.3.2 Factores familiares

Relaciones conyugales: En toda relación conyugal hay problemas, por ejemplo cuando los dos trabajan: horarios diferentes, tareas domésticas, administración de la economía, cuidado de los niños, etc. (57)

Relaciones con los hijos: Cuando los padres trabajan, disponen de menor tiempo para sus hijos por lo que la relación no es muy buena. Además los padres se preocupan por el futuro de sus hijos, lo que en ocasiones puede generar discusiones. (57)

Convivencia con los ancianos: Si la persona posee contacto con un adulto mayor dentro de su núcleo familiar, esto puede generar una mayor preocupación, además de perder la libertad para relajarse dentro de su hogar. (57)

Cuidado de los familiares enfermos: Esto genera una labor extra para la persona que lo cuida; lo que ocasiona tensión, agotamiento, problemas familiares y en el trabajo. (57)

Convivencia con familiares desempleados: Esto puede generar conflicto en la pareja y en el hogar. (57)

2.2.3.3 Factores laborales

Factores físicos: La iluminación, ruido y temperatura influyen para que el trabajador pueda desempeñar un buen trabajo. (57),(63),(64)

Factores químicos: Que son manejados por los trabajadores pueden generar mayores niveles de estrés al no utilizar las normas de protección adecuada. (57),(65)

Factores dependientes del trabajo:

Carga mental: Es la cantidad de energía mental que la persona requiere para realizar un trabajo; puede provocar fatiga psicológica. Está determinada por nivel de atención que la persona requiere y el ritmo de trabajo impuesto. La actividad mental puede ser cuantificada mediante: cantidad, análisis, memorización y utilización de la información.(57),(59),(63)

Control sobre el trabajo: Es el nivel de tensión que permite a la persona tener un control sobre las actividades que realiza, para lo cual necesita autonomía, iniciativa propia y responsabilidad sobre las acciones. (57),(59),(64),(62)

Factores dependientes de la organización del trabajo:

Jornada laboral: Algunos horarios de trabajo pueden alterar la actividad social de la persona ya que dificultan la realización de actividades extra

laborales. Ocasionan a corto o largo plazo desmotivación y rechazo al trabajo. (57),(64)

Productividad: Hoy en día existe una gran competencia a nivel de las empresas, lo que genera presión sobre el trabajador para generar mayor productividad. (57), (64)

Salario: Debe ser la cantidad adecuada para que la persona pueda vivir cómodamente, y no tenga que preocuparse de buscar otra forma adicional para mejorar sus ingresos. (57)

Horas extras: Son horas de trabajo que se realizan con el fin de conseguir un ingreso mayor para obtener una estabilidad socioeconómica. (57)

Inseguridad en el empleo: Es la ansiedad o miedo que puede generar en los trabajadores la idea de ser despedidos, o ser movidos de servicio por los distintos tipos de contrataciones que se realiza. (57),(59)

Pluriempleo: Este puede generar en el trabajador a la larga una sensación de agotamiento tanto mental como físico, que ocasiona una insatisfacción en la persona. (57)

Promoción profesional: Dentro de la institución laboral está genera bienestar y satisfacción en la persona, ya que se recibe algún tipo de incentivo. (57),(59)

Relación con los compañeros: Si no existe una buena relación con el equipo de trabajo, se genera mayores niveles de estrés, disminuyendo el rendimiento en el trabajo. (57),(63)

Relación con los superiores: Es muy importante que exista un ambiente de cordialidad entre el trabajador y su jefe para poder discutir los problemas.(57)

2.2.4 FISIOLÓGÍA DEL ESTRÉS:

Es la reacción que se produce como respuesta fisiológica ante factores estresores; lo que produce la activación de diversos sistemas en el organismo para responder de una manera adecuada.(1),(57)

2.2.4.1 EJE NEURAL:

Este proceso se produce durante los primeros segundos, cuando el organismo detecta el estímulo estresor.(66),(67)

Se produce la activación del eje neural, que envía una señal a la amígdala (respuestas emocionales), la cual produce una excitación a nivel del sistema noradrenérgico que se localiza en el locus coeruleus.(67) Se produce la liberación de noradrenalina y adrenalina lo que prepara al organismo para responder ante la emergencia.(55),(68),(67)

2.2.4.2 EJE NEUROENDOCRINO:

Este proceso tarda minutos y permite al cuerpo mayor tiempo para prepararse ante la amenaza detectada.(66)

Cuando el estímulo es prolongado o se repite de manera intermitente se produce la activación del eje neuroendocrino. El hipotálamo (memoria) activa las neuronas preganglionares simpáticas, estimula la médula adrenal para la secreción de adrenalina y noradrenalina hacia la sangre. Estas catecolaminas actúan sobre los receptores alfa y beta en las diferentes estructuras del cuerpo, lo que apoya la acción simpática. (55)

2.2.4.3 EJE ENDOCRINO:

Este proceso es de inicio lento, pero prepara al organismo por un tiempo más prolongado horas o días.(66), (67)

El hipotálamo, posterior a la activación simpática y de la médula suprarrenal, activa el eje hipotálamo- hipófisis-corteza suprarrenal. Diversos estímulos activan las neuronas del tallo cerebral o las áreas del sistema límbico, las cuales a su vez actúan sobre las neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo que sintetizan CRH (hormona liberadora de corticotropina). (55),(68),(66),(69)

Está es liberada a la sangre del sistema portal, en donde actúa sobre la adenohipófisis lo que estimula la síntesis y secreción de ACTH (hormona

adrenocorticotropa) la cual entra al sistema sanguíneo sistémico y actúa sobre la zona fascicular de la corteza suprarrenal, esto produce como respuesta la liberación de glucocorticoides, cortisol y DHEA (dehidroepiandrosterona). (55),(68),(66),(70),(71)

Por la acción de la ACTH también se produce un incremento en la secreción de aldosterona desde la zona glomerular de la corteza suprarrenal, lo que provoca reabsorción de sodio y agua, excreción de K, disminuyendo el deseo de la micción. (55)

El cortisol ejerce una retroalimentación negativa sobre la liberación hipotálamo- hipofisiaria de CRH y ACTH.(68),(72) Se producen tres tipos de retroalimentación:

- Una retroalimentación rápida que dura de segundos a minutos proporcional al aumento de cortisol en donde participan los receptores de membrana como GABA/ benzodiazepinas/canales de cloro.(72)
- Una retroalimentación media que puede durar hasta horas, que produce una disminución de CRH y VPA (vasopresina-arginina).(72)
- Una retroalimentación lenta que puede durar horas hasta días con disminución de ACTH, CRH y VPA. (72)
- Una producción prolongada de glucocorticoides, produce ausencia en la secreción de CRH y ACTH, lo que atrofia las glándulas suprarrenales. (72)

Otras hormonas que también están involucradas son:

Hormona de crecimiento (GH):

Se produce por estimulación de la adenohipófisis por la GHRH (Hormona liberadora de hormona de crecimiento), lo que promueve la síntesis y liberación de GH. Durante los períodos de estrés está contribuye con efectos metabólicos; ayuda a la gluconeogénesis, aumenta los niveles de glucosa y produce lipólisis. (55)

La prolactina:

El aumento en la producción de CRH, promueve la secreción de betaendorfinas, las cuales disminuyen la secreción de dopamina por lo que aumentan los niveles de prolactina. Lo que puede ocasionar amenorrea en las mujeres por una inhibición de FSH-LH, además de producción de leche. (55)

Hormona antidiurética (ADH):

Al inicio por estimulación de la neurohipófisis se produce un aumento en la secreción de ADH, lo que promueve la reabsorción de agua en los túbulos renales, disminuye el deseo miccional. A medida que los niveles de cortisol incrementan, se produce su inhibición dando el efecto contrario. (55)

Glucagón:

Al inicio el glucagón aumenta por estimulación simpática, lo que incrementa los niveles de glucosa en la sangre; cuando éstos se encuentran muy elevados se produce una inhibición del glucagón. (55)

Oxitocina:

Se produce una disminución de los niveles de oxitocina en sangre, por lo que disminuye la producción de leche de madres en período de lactancia. (55)

2.2.5 FASES DEL ESTRÉS:

2.2.5.1 Fase de alarma:

Esta se produce ante un factor estresante, es de corta duración y está caracterizado por:(73)

- Una fase en la cual se produce una paralización del cuerpo, aumento del tono muscular, disminución de la glicemia y aumento de la presión arterial. Esto se produce por una excitación de la sustancia gris periacueductal del tallo cerebral. (1),(55),(72)
- Se produce una activación cortical debido a la estimulación de la amígdala, lo que ocasiona la liberación de noradrenalina. Además participa el sistema noradrenérgico cortical que se origina locus coeruleus y lleva información hacia el procesamiento. Lo que establece un estado de conciencia hiperaguda, y produce una activación del sistema nervioso simpático.(55),(56),(72),(68)
- Se produce un aumento de la presión arterial, la glicemia, gluconeogénesis, tasa metabólica celular, fuerza muscular, actividad mental, flujo de sangre hacia los músculos activos, y disminuye el flujo hacia los órganos que no son necesarios para la actividad motora. (55),(56),(72)

Todos estos procesos ayudan a preparar al organismo para afrontar una tarea o un esfuerzo.

- Se inicia el aumento de la CRH, la ACTH, GH, prolactina y ADH. (55),(56),(72)

2.2.5.2 Fase de resistencia:

El organismo mantiene la respuesta para tratar de resolver la amenaza y adaptarse a ella. Puede durar días, meses o años; si se produce por un tiempo prolongado se conoce como estrés crónico. Si en esta fase los niveles de estrés disminuyen el cuerpo regresa a su estado basal. (1),(55),(58),(72)

- Se mantiene el aumento de CRH, ACTH y cortisol, lo que ocasiona un incremento en la glicemia, sodio y disminución de potasio. (55),(56),(72)
- Incremento de GH y glucagón, lo que produce hiperglicemia, que posteriormente inhibirá a la secreción de glucagón. (55),(56),(72)
- Existe un aumento de la prolactina debido a que la CRH inhibe la secreción de dopamina y hormona liberadora de las gonadotrofinas, por lo cual se puede producir amenorrea en las mujeres. (55),(56),(72)
- Inhibición de la ADH, por el aumento de cortisol, ocasionando mayor diuresis. (55),(56),(72)
- Bajan los niveles de la oxitocina, por lo que produce una disminución de la salida de leche en las mujeres que están en período de lactancia. (55),(56),(72)

2.2.5.3 Fase de agotamiento:

Se produce tras una exposición larga y continúa, por lo que los recursos de adaptación son insuficientes, lo que ocasiona daño en el organismo.

(1),(55),(58),(72)

- Se produce una falla total del organismo y la capacidad corporal disminuye.

(55),(56),(72)

- Los órganos ya no responden adecuadamente ante los estímulos hormonales. (55)

- Hay depleción de energía.(55)

- Los niveles de cortisol permanecen elevados, pero los tejidos presentan una disminución a la sensibilidad de su acción. (55), (56),(72)

2.2.6 SÍNTOMAS DE ESTRÉS:

El organismo cuando está expuesto a un estímulo estresante de manera continua en niveles elevados, sus sistemas de defensa fallan lo que genera alteraciones nivel sistémico que son reversibles si se elimina o mejora la causa.

Si el estímulo no cede los síntomas se convierten en una enfermedad.(1),(55)

2.2.6.1 Síntomas físicos:

Se presenta boca seca, anorexia, alteración de la capacidad motriz, contracciones musculares, diarrea, estreñimiento, dolor de cabeza, dolor de estómago, eccema, prurito en la piel cabelluda, fatiga crónica, hiperactividad, insomnio, hiperhidrosis palmar, temblores, etc. (55),(74)

2.2.6.2 Síntomas emocionales:

Depresión, ansiedad, desconfianza, indecisión, inquietud, ira , irritabilidad, pánico, estar a la defensiva, tendencias suicidas, cambios de estado anímico, consumo de sustancias, etc. (55)

2.2.6.3 Síntomas intelectuales:

Falta de atención, preocupación, reducción de la creatividad, disminución en la concentración, etc. (55)

2.2.7 ESTRÉS Y ENFERMEDADES MENTALES:

Niveles elevados de estrés psicosocial y las afectaciones de la vida diaria están asociados a un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales.(60)

2.2.7.1 ESTRÉS Y DEPRESIÓN

El estrés es un factor que contribuye a los trastornos depresivos, y su inicio depende del número de episodios previos, la capacidad de la persona para resolverlos, la edad de la persona y el sexo.(62),(75) Además hay que tomar en cuenta otros factores como la predisposición genética, experiencias previas negativas, tipo de personalidad que generan cambios a nivel biológico. (60),(76)

El estrés crónico genera como respuesta del organismo, un estado de hipercortisolemia, que es neurotóxica para ciertas estructuras cerebrales vulnerables como el hipocampo. Esto ocasiona atrofia, disminución de la neurogénesis, un aumento del glutamato y disminución de la neuroplasticidad.(72)

La hipercortisolemia, ocasiona una disregulación en el sistema noradrenérgico, dopaminérgico, serotoninérgico y tirotrópico; lo que da como resultado síntomas depresivos en los pacientes que presentan estos cambios. (72)

2.2.7.2 ESTRÉS, ANSIEDAD Y ANGUSTIA

Dentro de las primeras investigaciones algunos autores consideraban a la angustia como una reacción ante un estímulo alarmante, en donde existe un predominio de los síntomas físicos y la claridad con la que la persona capta la situación disminuye; mientras que en la ansiedad existe un predominio de los síntomas psíquicos, el cuerpo busca la manera de responder ante la situación amenazante y la claridad con la que se percibe la situación es mayor. En la

actualidad se utiliza angustia y ansiedad como sinónimos ya que se presentan síntomas tanto físicos como psíquicos ante un estímulo amenazante.(60)

En cuanto al estrés se considera como la situación que vive el individuo, mientras que la ansiedad se refiere a la reacción. (60)

Cuando existe una estimulación permanente frente a estímulos estresores a nivel de locus coeruleus se desencadena la liberación de noradrenalina ocasionando ansiedad crónica en el individuo.(71) Se ha encontrado elevaciones del NPY (neuropéptido Y), lo que depende de los receptores NPY 1 y NPY 2 de la amígdala. De igual manera se ha determinado entre el receptor de serotonina 5HT1A y un incremento en la conducta ansiosa.(71)

2.2.8 PIEL Y ESTRÉS

Entre un 30 al 70% de la consulta dermatológica se observan una serie de patologías asociadas a factores psicológicos (2); varios estudios indican que 1 de cada 3 pacientes dermatológicos poseen alteraciones psiquiátricas; las más frecuentes son: la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos delirantes. (77)

Estas son conocidas como trastornos psicodermatológicos, se pueden dividir en 3 grupos: trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios y trastornos psiquiátricos secundarios.(78),(77),(79),(80)

2.2.8.1 Trastornos psicofisiológicos:

Agrupar aquellas enfermedades dermatológicas primarias, donde determinados efectos estresantes afectan la evolución de la enfermedad, pero no están directamente relacionados. (78),(77)

El estrés emocional puede exacerbar diferentes dermatosis, lo que genera un círculo vicioso entre prurito y rascado. Entre las patologías más frecuentes encontramos: acné, alopecia areata, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, psoriasis, rosácea, púrpura psicogénica, urticaria. (2),(78),(81)

2.2.8.2 Trastornos psiquiátricos primarios:

Son aquellas condiciones psiquiátricas primarias que predisponen a alteraciones cutáneas. (78),(77) Entre las patologías más frecuentes encontramos: dismorfofobia, dermatitis facticia, tricotilomanía, excoriaciones neuróticas, bromosiderofobia, parasitosis, etc. (2),(78)

2.2.8.3 Trastornos psiquiátricos secundarios:

Son aquellas condiciones que se ven asociadas, a deformaciones cutáneas, que generan alteraciones psicológicas secundarias a la patología, lo que perturba la calidad de vida de la persona. (78),(77) Entre las patologías más frecuentes

encontramos: alopecia areata, acné quístico, hemangiomas, psoriasis, sarcoma de kaposi, vitiligo, etc. (2),(78)

2.2.9 ESTRÉS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En estudio realizado en México en 54 pacientes, se encontró que niveles bajos de estrés contribuyen para una buena adhesión al tratamiento.(82)

2.2.10 DERMATITIS SEBORREICA Y CALIDAD DE VIDA

Se ha observado a nivel general que las patologías de la piel producen una afección emocional del paciente debido a que, en la mayoría de ocasiones, éstas son visibles. Otros factores que intervienen en la calidad de vida son la edad del paciente, sexo y nivel de educación. Se realizó un estudio en Polonia entre Marzo y Mayo del 2006 en 3000 pacientes, se determinó que existe una afección negativa de la calidad de vida en las pacientes de sexo femenino y con mayor nivel de educación. Esto puede estar en relación al rol social que desempeña cada persona en su ámbito social.(8)

Otro estudio realizado en Barcelona- España en el cual se analizó la calidad de vida en pacientes que padecen dermatitis seborreica, demuestra de igual manera que existe una afección de la calidad de vida en estos pacientes, similar a la que presentan pacientes con acné pero en menor cantidad que los pacientes que presentan psoriasis. Hay que tomar en cuenta que los pacientes con

dermatitis seborreica poseen una menor afección funcional por los síntomas de su enfermedad y al igual que el anterior estudio se demuestra una mayor afección en pacientes femeninas.(9)

CAPÍTULO 3 MATERIALES Y METODOS

3.1 Objetivos:

3.1.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre la dermatitis seborreica y nivel de estrés en los pacientes adultos del CEPI

3.1.2Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre el grado de estrés que sufren estos pacientes y la severidad de la enfermedad
- Establecer en qué rango de edades de los pacientes con dermatitis seborreica se presentan mayores niveles de estrés
- Determinar la relación entre la edad y niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre el estado civil y niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre el nivel de instrucción y los niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre el tipo de trabajo y los niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre las horas de trabajo y los niveles de estrés en dermatitis seborreica

- Determinar la relación entre situación socioeconómica y niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre funcionalidad familiar y niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre ejercicio y niveles de estrés en dermatitis seborreica
- Determinar la relación entre actividades recreacionales y niveles de estrés en dermatitis seborreica

3.2 Hipótesis

- Los pacientes adultos con dermatitis seborreica que poseen mayores niveles de estrés presentan un grado de enfermedad más severo.
- El tipo de trabajo influye en los pacientes con dermatitis seborreica para tener mayores niveles de estrés.
- Los pacientes con dermatitis seborreica casados tienen un mayor nivel de estrés que los pacientes solteros.
- Las mujeres con dermatitis seborreica poseen mayores niveles de estrés que los pacientes varones.
- Los pacientes con una mala condición socioeconómica presentan mayores niveles de estrés que aquellos que tienen una buena condición socioeconómica.
- Los pacientes que trabajan un mayor número de horas presentan mayores niveles de estrés que los que trabajan menos horas.
- Los pacientes que cuentan con una buena funcionalidad familiar tienen menores niveles de estrés.

- Los pacientes que realizan ejercicio tienen menores niveles de estrés que aquellos que no lo hacen.
- Los pacientes que realizan actividades recreacionales poseen menores niveles de estrés que aquellos que no las realizan.

3.3 Tipo de estudio

Estudio analítico transversal observacional y prospectivo de los pacientes adultos con Dermatitis Seborreica del CEPI.

3.4 Muestra:

3.4.1 Cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 467 \times 0,05 \times 0,95}{0,05^2 (467 - 1) + 1,96^2 \times 0,05 \times 0,95}$$

$$n = 73$$

Dónde:

Z= Nivel de confianza

N= Universo o población

p= Población a favor

q= Población en contra

e= Error de estimación

n= Tamaño de la muestra

Al ser la población de los pacientes con dermatitis seborreica en el CEPI de 467, y siendo la prevalencia de la enfermedad del 1-5%, se tomó el rango más alto que 5% y se lo utilizó en la fórmula ya que no existen otros estudios realizados que determinen la prevalencia específica de estrés en pacientes con dermatitis seborreica. Para realizar el estudio con un intervalo de confianza del 95% y un error de estimación del 5% se necesita una muestra de 73 pacientes al ocuparse la fórmula para una población finita. Se tomaron en cuenta también pacientes de la clínica de VIH del Hospital Enrique Gárces con diagnóstico de dermatitis seborreica, por lo que se decidió aumentar la muestra poblacional a 100.

3.5 Procedimiento de recolección de información:

El estudio se realizó en base a la aplicación de diferentes encuestas auto administradas como: Escala de estrés percibido, DLQI, Apgar Familiar, con las cuales se analizó la información obtenida para determinar los resultados. Se utilizó además una escala valorada por el especialista que es la escala CEPI, una herramienta que permite valorar la severidad de la enfermedad.

3.6 Procedimiento de diagnóstico e intervención:

3.6.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con dermatitis seborreica diagnosticada
- Pacientes mayores a 14 años
- Pacientes que acepten participar en el estudio
- Pacientes que sepan leer y escribir

3.6.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 14 años
- Pacientes con discapacidad mental
- Pacientes que no tengan ningún nivel de instrucción
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio

3.6.3 Selección de la muestra

La muestra del estudio fue recolectada de los pacientes con dermatitis seborreica atendidos en el CEPI y pacientes Clínica de VIH del Hospital Enrique Garcés desde el mes de Abril del 2014 hasta el mes de Julio del 2014.

3.7 Plan de análisis de datos

Se analizó las respuestas de los pacientes a la Escala de estrés percibido para determinar el nivel de estrés de cada paciente adulto del CEPI y se valoró la

intensidad de la enfermedad de acuerdo a la escala CEPI. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 20.

3.8 ASPECTOS BIOÉTICOS

Todas las entrevistas realizadas a los pacientes del CEPI fueron de manera anónima con el fin de proteger su identidad para que puedan expresarse con libertad y sin temores. Toda la información recopilada fue única y exclusivamente con fines investigativos.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

El proceso se llevó a cabo en las instalaciones del CEPI y HEG durante los meses de Abril a Julio del 2014; se encuestó a 100 pacientes adultos, que presentaron dermatitis seborreica, de los cuales 86 fueron pacientes del CEPI y 14 fueron pacientes del HEG. Se les pidió que contestaran 3 encuestas auto administradas y junto a estas que firmaran el consentimiento informado, además el especialista aplicó la Escala CEPI para determinar la severidad de la enfermedad.

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Se observó una mayor frecuencia de la enfermedad en hombres 64% y mujeres un 36%, distribuidos entre un rango de edad de 14 años a 88 años, con una media de 36,08 años (DE=17,6). En el estudio se determinó que la mayoría de los pacientes encuestados fueron solteros (53%), con un nivel de instrucción superior (65%), empleados del sector privado (45%), con un rango máximo de horas de trabajo de 13 horas al día. El 60% de los encuestados refirió realizar ejercicio y el 65% actividades recreativas. (Tabla N° 1 y Tabla N° 2)

Tabla 1 Características Demográficas

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Femenino	36	36
	Masculino	64	64
ESTADO CIVIL	Casado/a	26	26
	Divorciado/a	11	11
	Soltero/a	53	53
	Unión libre	9	9
	Viudo/a	1	1
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	8	8
	Secundaria	27	27
	Superior	65	65
TIPO DE TRABAJO	Sector público	7	7
	Sector privado	45	45
	Ningún trabajo	14	14
	Estudiante	27	27
	Ama de casa	7	7
EJERCICIO	Si	60	60
	No	40	40
ACTIVIDADES RECREATIVAS	Si	65	65
	No	35	35

Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

Tabla 2 Características Demográficas/ Edad y Horas de Trabajo

VARIABLE	Mínimo	Máximo	Media	Desv.típ.
EDAD	14	88	36,08	17,630
HORAS DE TRABAJO AL DÍA	0	13	7,10	3,274

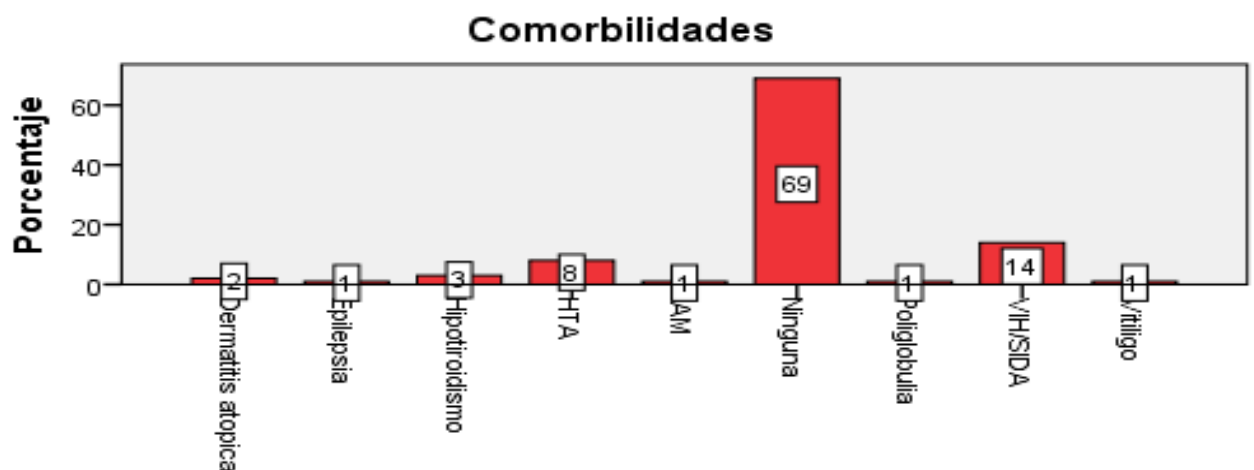
Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

4.2 COMORBILIDADES

Entre las enfermedades acompañantes más frecuentes tenemos: VIH/SIDA (14%), Hipertensión Arterial (HTA) (8%), hipotiroidismo (3%), dermatitis atópica (2%), epilepsia, vitíligo, infarto agudo de miocardio (IAM) y poliglobulia (4%).

Gráfico 1: Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según sus comorbilidades



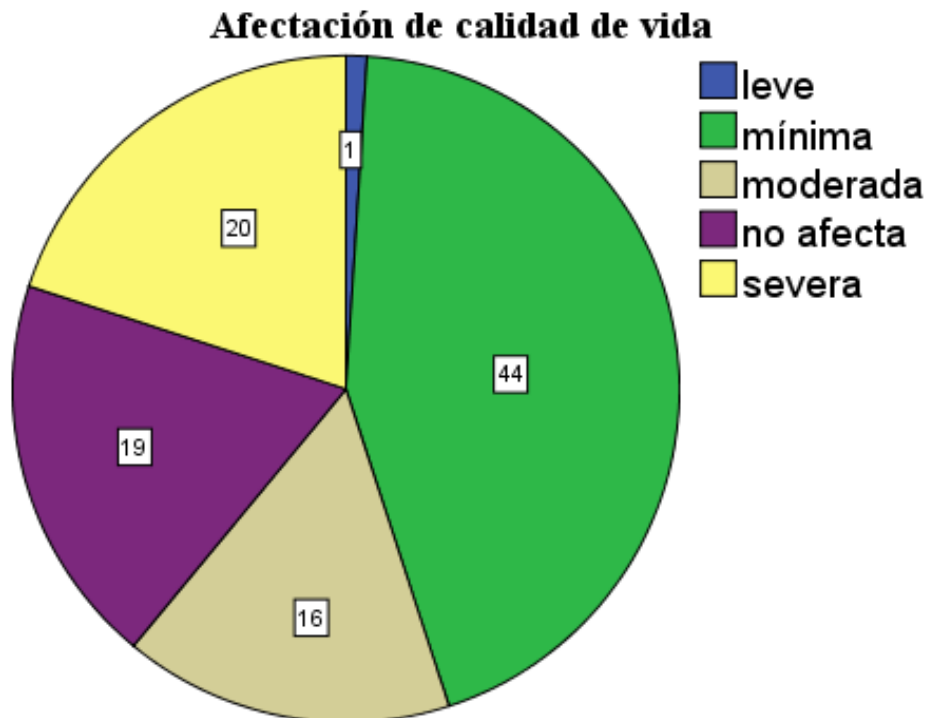
Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

4.3 CALIDAD DE VIDA

Según la escala de Índice de Calidad de Vida (DLQI) en los pacientes encuestados la mayoría presentó una afección mínima de la calidad de vida (44%), sin embargo eso dependerá de la percepción de cada individuo y del grado de severidad de la enfermedad ya que observamos que algunos pacientes poseen una afección moderada (16%) y afección severa (20%). Hay que tomar en cuenta que esto puede tener sesgo ya que no se realizó un análisis del subgrupo de los pacientes con VIH-SIDA.

Gráfico 2: *Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su afección de calidad de vida*



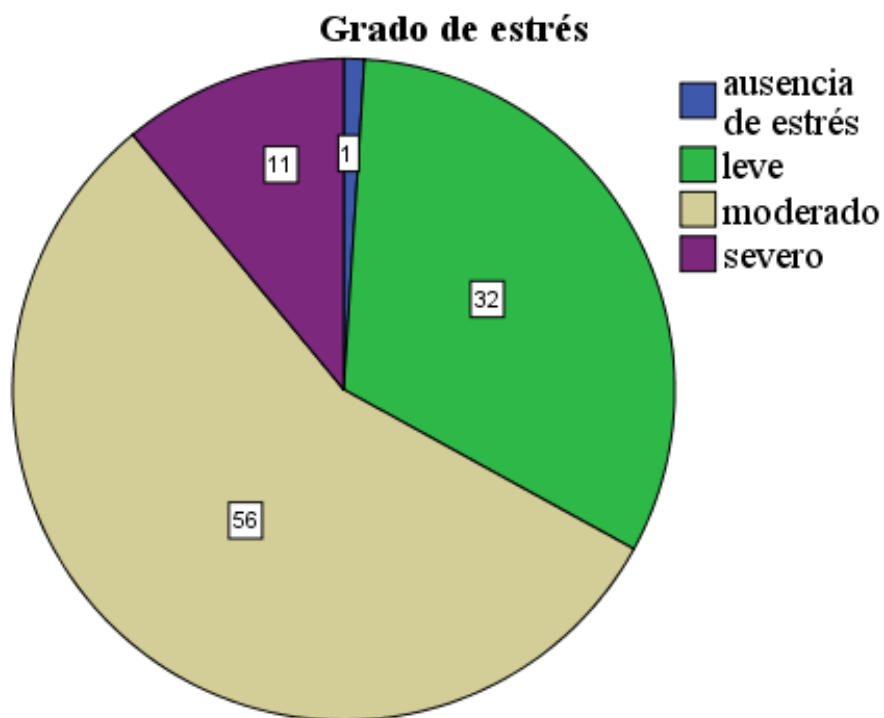
Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

4.4 NIVELES DE ESTRÉS

Según el análisis de la Escala de estrés percibido se determinó que la mayoría de los pacientes presentaron algún grado de estrés, siendo lo más frecuente un nivel de estrés moderado (56%) y encontrándose un bajo porcentaje de pacientes con ausencia de estrés (1%).

Gráfico 3. Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su Grado de estrés



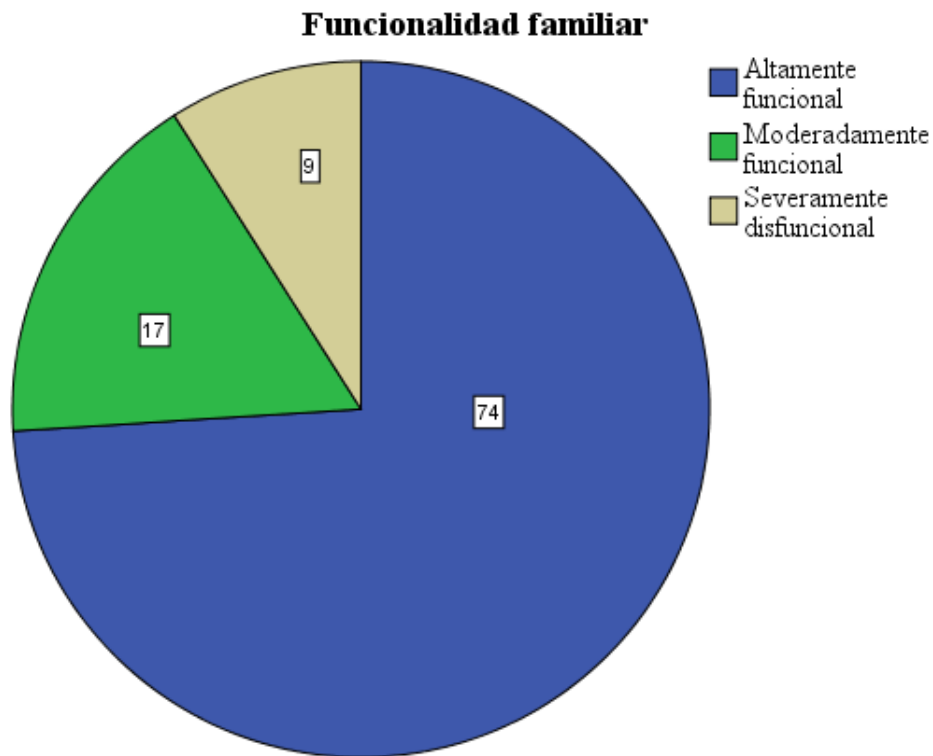
Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

4.5 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Según la Escala del Apgar Familiar, se encontró que la mayoría de los encuestados posee una familia altamente funcional (74%). Sin embargo en otros pacientes encuestados se observó una alteración de su funcionalidad familiar (9%).

Gráfico 4. Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su Funcionalidad Familiar



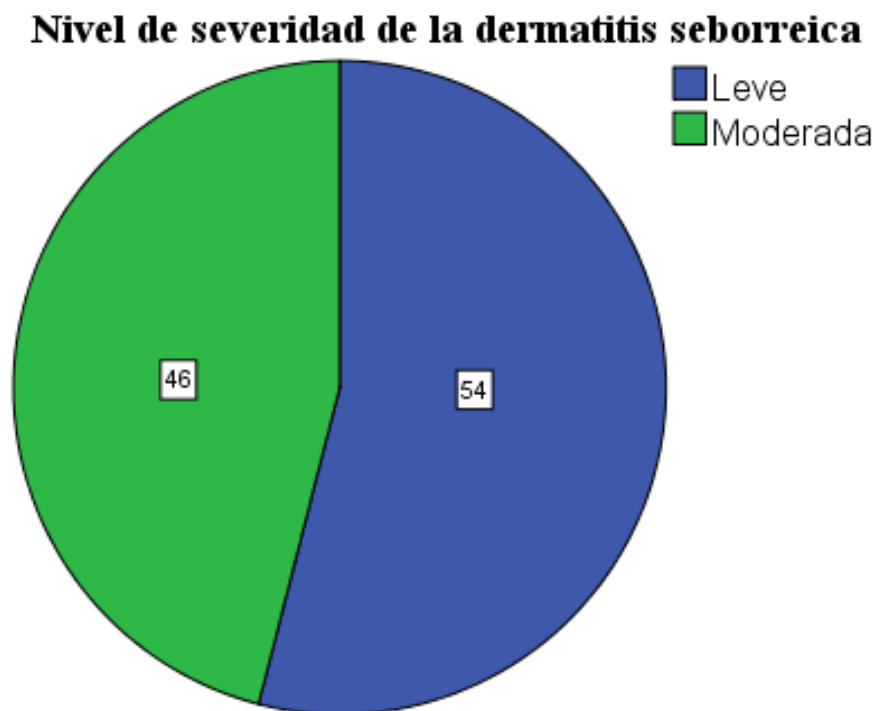
Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

4.6 GRADO DE SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD

Según el análisis de la Escala CEPI, se observó que la mayoría de los pacientes encuestados posee una dermatitis seborreica leve (54%) y no se encontró pacientes con un grado de enfermedad severa.

Gráfico 5. Distribución de los pacientes encuestados en el Centro de la Piel Quito. Abril - Julio 2014, según su Nivel de severidad de la dermatitis seborreica



Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

4.7 ANALISIS MULTIVARIAL

En el estudio se observó que las mujeres encuestadas presentaron niveles de estrés entre moderado/severo en un 83,3% en comparación con los hombres encuestados que presentaron un 59,4%. Las mujeres poseen mayor riesgo de presentar niveles de estrés elevados ($OR= 3,42$ - $IC=1,14-10,69$) con una asociación estadísticamente significativa ($P= 0,014$).

En cuanto al estado civil, un 69,7% de los encuestados que refirieron tener pareja, presentaron niveles de estrés entre moderado/severo, lo que representa un porcentaje mayor en comparación con quienes no refirieron tener pareja que presentaron un 67,2%. Constituyendo un factor protector no tener pareja ($OR=0,88$ - $IC=0,36-2,18$). Sin embargo no hay asociación estadísticamente significativa ($P= 0,798$).

En cuanto a su ingreso familiar mensual, un 72,7% de los encuestados con un ingreso mayor a \$ 560 presentaron niveles de estrés entre moderado/severo, lo que representa un porcentaje mayor en comparación con quienes refirieron un ingreso menor a 560. Tener un ingreso menor a \$ 560 constituye un factor protector ($OR=0,536$ - $IC=0,22-1,28$). Sin embargo no hay una asociación estadísticamente significativa ($P=0,158$).

En cuanto a su Empleo un 70,8% de los encuestados que indicaron no contar con empleo presentaron niveles de estrés moderados/severo lo que representa un porcentaje mayor en comparación con los que estaban empleados que presentaron un 65,4%. Aquellos que no se encontraban empleados cuentan con un factor protector (OR=0,77 - IC=0,33-1,81). Sin embargo no hay una asociación estadísticamente significativa (P=0,560).

Tabla 3 Relación entre el estrés y factores socio demográficos

Variables	Estrés moderado/s evero	Ausencia de estrés/leve	OR	Intervalo de Confianza	Valor de P	
Sexo	Femenino	83,3%	16,7%	3,42	1,14-10,69	0,014
	Masculino	59,4%	40,6%			
Estado Civil	Sin pareja	67,2%	32,8%	0,88	0,36-2,18	0,798
	Con pareja	69,7%	30,3%			
Ingreso Mensual	Menor a 560	58,8%	41,2%	0,53	0,22-1,28	0,158
	Mayor a 560	72,7%	27,3%			
Empleo	No	70,8%	29,2%	0,77	0,33-1,81	0,560
	Si	65,4%	34,6%			

Fuente: Registro de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

En este estudio se observó que el 75% de los encuestados que no realizaron ejercicio tuvieron niveles de estrés entre moderado/severo lo que representa un porcentaje mayor en comparación con los que realizaron ejercicio que presentaron un 63,3%. Los que realizan ejercicio poseen un factor protector (OR=0,57 - IC=0,23-1,39). Sin embargo no existe una asociación estadísticamente significativa (P=0,220).

Se observó que el 80% de los encuestados que no referían realizar actividades recreativas presentaron niveles de estrés entre moderado/severo lo que representa un porcentaje mayor en comparación con los que referían realizar algún tipo de actividad recreativa que presentaron un 61,5%. Realizar actividades recreativas es un factor protector (OR=0,40 - IC=0,15-1,05). No existe una asociación estadísticamente significativa (P=0,059).

Tabla 4 Relación entre estrés con ejercicio, actividades recreativas

Variables	Estrés moderado/severo	Ausencia de estrés/leve	OR	Intervalo de Confianza	Valor De P
Ejercicio					
No	75,0%	25,0%	0,57	0,23-1,39	0,220
Si	63,3%	36,7%			
Actividades Recreativas					
No	80,0%	20,0%	0,40	0,15-1,05	0,059
Si	61,5%	38,5%			

Fuente: Registros de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

En el estudio se observó que los pacientes encuestados que presentaron una familia severamente disfuncional tuvieron mayores niveles de estrés entre moderado/severo (88,9%) lo que representa un porcentaje mayor en comparación con los refirieron formar parte de familias altamente funcionales (65,9%). Las personas que poseen familias disfuncionales poseen un mayor riesgo (OR=4,13- IC=0,49-34,55). Sin embargo no existe una asociación estadísticamente (P=0,159).

Tabla 5 Relación entre estrés y funcionalidad familiar

Variables	Estrés moderado /severo	Ausencia de estrés/leve	OR	Intervalo de Confianza	Valor de P
Severamente disfuncional	88,9%	11,1%	4,13	0,49-34,55	0,159
Funcionalidad Familiar					
Altamente funcional/ Moderamente funcional	65,9%	34,1%			

Fuente: Registros de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

Se observó que los pacientes encuestados con niveles de estrés entre moderado/severo presentaron un nivel de severidad moderado de su enfermedad en mayor porcentaje (60,3%) en comparación con los que poseen nivel de estrés leve (15,6%). Los pacientes que poseen niveles de estrés más bajo tienen menos riesgo (OR=8,20 - IC=2,81-23,92) con una asociación estadísticamente significativa (P=0,00).

Tabla 6 Relación entre niveles de estrés y severidad de la enfermedad

Variables	Dermatitis seborreica moderada	Dermatitis seborreica leve	OR	Intervalo de Confianza	Valor de P
Estrés moderado/severo	60,3%	39,7%	8,2	2,81-23,92	0,000
Grado de estrés					
Ausencia de estrés/leve	15,6%	84,4%			

Fuente: Registros de encuestas realizadas en CEPI. Abril-Julio 2014

Elaborado: Andrea Díaz E.

CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en el CEPI, en un grupo poblacional de 100 pacientes constituido por de 86 pacientes del CEPI y 14 pacientes del HEG diagnosticados de dermatitis seborreica. Con el objetivo de encontrar la relación que existe entre estrés y el grado de severidad de la enfermedad. Además de evaluar la Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar del grupo encuestado.

Según el análisis de la población de estudio, se observó que la frecuencia de dermatitis seborreica encontrada revela datos semejantes a los descritos por Schwartz R, et al y Okokon E, que refieren una mayor prevalencia en hombres que mujeres.(16),(17) En el estudio realizado en el CEPI, se determinó que existe una mayor cantidad de pacientes masculinos afectados en relación 1,7 veces más que las pacientes femeninas.

El rango de edad de los participantes del estudio fue de 14 a 88 años, con una media de edad de 36 años, lo que está en relación con lo referido por Gupta A y Schwartz R, que mencionan que esta enfermedad presenta uno de sus picos en la adolescencia y edad adulta ya que se observa dependencia hormonal. (7),(16)

La edad es un factor personal que influye, en la reacción ante los estímulos, por lo que los adultos jóvenes un grupo que se adapta de mejor manera a los factores externos que pueden generar estrés. (55)

En cuanto a las comorbilidades asociadas, en el estudio se observó que las enfermedades más frecuentes fueron VIH-SIDA e HTA lo que coincide con lo que refiere Gupta A y Arenas R. (7),(14) Sin embargo no se realizó un análisis en el subgrupo de pacientes con VIH-SIDA para determinar cómo se comporta la enfermedad.

Hay una asociación con enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson, sin embargo dentro de la población estudiada no se encontró ningún paciente con esta patología. (12),(19),(36)

Existen factores individuales, laborales, sociales y familiares que determinan la forma en la que la persona reacciona ante los estímulos externos y como maneja sus niveles de estrés. (62),(73)

Teresa M, et al en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León, encontró que los hombres y las mujeres responden de manera diferente ante un mismo estímulo estresante. Esto da como resultado mayores niveles de estrés en las mujeres al compararlas con los hombres.(83)

En el presente estudio se encontró que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar niveles de estrés entre moderado y severo.

En el estudio no se encontró una asociación entre el estado civil y los niveles de estrés en los pacientes encuestados, sin embargo se observó en población general que el apoyo de la pareja es importante y ayuda a sobrellevar de mejor manera las situaciones estresantes.(84)

Existen mayores niveles de estrés de acuerdo al tipo de trabajo. (58),(63),(64) Esto dependerá de otros factores laborales que generan estrés como la jornada laboral, carga mental, salario, relación con los compañeros, control sobre el trabajo, inseguridad del trabajo y horas extras. (57),(59),(63) Todos estos factores desempeñan un rol importante sobre la persona y los niveles de estrés que maneja. En el estudio no se encontró una asociación entre tipo de trabajo y estrés sin embargo se observó que este factor influye en los niveles de estrés que posee cada individuo.(85)

Realizar actividades recreativas o ejercicio ayuda a disminuir los niveles de estrés.(62) En el estudio se observó un factor protector en aquellas personas que realizan este tipo de actividades pero el resultado no es estadísticamente significativo.

En el estudio realizado se analizó también la funcionalidad familiar de los pacientes con el APGAR familiar, con lo que se pudo determinar que la mayoría de los encuestados fueron parte de una familia funcional.

En cuanto a los niveles de estrés como un factor que exacerba la dermatitis seborreica en el estudio se observó una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, lo que demuestra que el estado emocional influye directamente sobre la piel. Esto ha sido comprobado en varios estudios en donde se observa como el estrés influye, no solo en la dermatitis seborreica, si no en varias patologías de la piel como el acné, psoriasis, vitíligo, etc. (78),(77),(79),(80)

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con dermatitis seborreica se observó que existe una afección mínima en la mayoría de los encuestados, sin embargo no es una enfermedad que les impide realizar sus actividades cotidianas. Todo depende de la percepción de cada paciente en cuanto a su enfermedad y la severidad de los síntomas, ya que se observaron casos en los cuales la afectación era severa. Hay que tomar en cuenta que no se realizó un análisis del subgrupo de pacientes con VIH-SIDA ya que en este grupo podrían influir otros factores sobre su calidad de vida ocasionando un sesgo en el estudio. Szepietowski JC, et al en un estudio realizado en el 2011, en Polonia en 3000 pacientes, revela que existe una mayor afección de la calidad de vida de los pacientes con dermatitis seborreica.(8)

Peyrí J, et al en un estudio realizado, en el 2007, en Barcelona revela datos similares en cuanto a la afección de la calidad de vida en pacientes con dermatitis seborreica, haciendo énfasis que esta enfermedad afecta de igual manera que otras enfermedades dermatológicas como por ejemplo el acné; sin embargo la afectación funcional en cuanto al desempeño de

sus actividades diarias no es relevante, lo que respalda los datos del estudio realizado en los pacientes del CEPI.(9)

Limitaciones:

- La cantidad de pacientes encuestados no fue lo suficientemente amplia como para determinar una asociación entre ciertos factores sociales que pueden influir en los niveles de estrés de cada paciente.
- No se realizó un análisis del subgrupo de pacientes con VIH-SIDA por lo que puede existir un sesgo en cuanto a ciertas variables como calidad de vida.
- El tamaño de la muestra fue calculado en base a la prevalencia de la enfermedad que es el 5%, por que no se encontró un estudio que analice los niveles de estrés en la misma población.

CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Existe una relación entre los niveles de estrés y el grado de severidad de la enfermedad, lo que indica la importancia del mismo en el curso de esta patología y otras enfermedades dermatológicas.
- Las pacientes de sexo femenino con dermatitis seborreica poseen mayores niveles de estrés. Esto se debe a que las mujeres se ven más afectadas por su imagen ante el resto de personas además del hecho de poseer diferentes roles en la sociedad y factores que pueden influir en la forma en que manejan sus niveles de estrés.
- Hay una afección mínima de la calidad de vida de los pacientes que presentan dermatitis seborreica, esto nos indica que no es una enfermedad que afecta en funcionalidad del paciente o impide que este realice sus actividades diarias.

6.2 Recomendaciones

- Es importante fomentar la adquisición de conocimientos sobre la influencia del estrés tanto en la parte física como psicológica de cada persona, ya que es un factor al cual todos estamos expuestos y ocasiona daños severos.
- Los médicos deben tener un conocimiento amplio sobre la afección de la piel en relación con los problemas psicológicos, ya que la mayoría de pacientes dermatológicos poseen una afección psicológica.

- Es relevante la aplicación de la escala de estrés percibido en todos los pacientes dermatológicos, para poder detectar a tiempo a aquellos pacientes que poseen un factor de riesgo para otros trastornos psicológicos como ansiedad y depresión.
- Es necesario infundir en los estudiantes de medicina y todo el personal de salud la importancia sobre el manejo de los niveles de estrés en nuestros pacientes, ya que si éstos disminuyen habrá una mejor adherencia al tratamiento.
- Se debe procurar el mejoramiento en la comunicación que existe con el paciente acerca de la importancia sobre el control de los niveles de estrés y medidas básicas que ayudan a disminuirlo.
- Existen pocos estudios en el Ecuador sobre estrés y su afección sobre las enfermedades dermatológicas, por lo que la realización de nuevos estudios, será de gran utilidad.
- Se sugiere la investigación de los niveles de estrés en los pacientes dermatológicos y su asociación con otros trastornos psicológicos que se relacionan directamente con el mismo, tales como la ansiedad y la depresión.

CAPÍTULO 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogareda S. NTP 355: Fisiología del estrés. Institutp Nac Segur e Hig en el Trab. 2000;1–6.
2. Honeyman J. Psiquis , inmunidad y piel. Mas dermatol. 2008;2–3.
3. Gouin Jean-Philippe JKK-G. the impact of psychological stress on wound healing methods and mechanisms. Immunol Allergy Clin North Am. 2011;31(1):81–93.
4. Choi E-H, Brown BE, Crumrine D, Chang S, Man M-Q, Elias PM, et al. Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity. J Invest Dermatol [Internet]. 2005 Mar;124(3):587–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737200>
5. Berk T, Scheinfeld N. Seborrheic dermatitis. P T [Internet]. 2010 Jun;35(6):348–52. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2888552&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Trznadel-Grodzka E, Błaszowski M, Rotsztein H. pathogenesis of seborrheic dermatitis Badania nad łojotokowym zapaleniem skóry. Część I. Rola wybranych cytokin w patogenezie łojotokowego zapalenia. Postep Hig Med Dosw [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul 20];66:843–7. Available from: <http://www.phmd.pl/fulltxhtml.php?ICID=1019642>
7. Gupta A, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. J Eur Acad ... [Internet]. 2004 [cited 2014 Jul 20];86(6):1061–74. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2004.00693.x/full>
8. Szepietowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepietowska E, Baran E. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. Mycoses [Internet]. 2009 Jul [cited 2014 Jul 23];52(4):357–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793259>
9. Peyrí J, Lleonart M, Sebderm E. Perfil clínico , terapéutico y calidad de vida de los pacientes con dermatitis seborreica. Actas Dermosifiliogr. 2007;(98):476–82.
10. Zarei-Mahmoudabadi A, Zarrin M, Mehdinezhad F. Seborrheic dermatitis due to Malassezia species in Ahvaz, Iran. Iran J Microbiol [Internet]. 2013 Sep;5(3):268–71. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3895566&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Ro BI, Dawson TL. The role of sebaceous gland activity and scalp microfloral metabolism in the etiology of seborrheic dermatitis and dandruff. J Investig

- Dermatol Symp Proc [Internet]. 2005 Dec;10(3):194–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16382662>
12. Arsic Arsenijevic VS, Milobratovic D, Barac AM, Vekic B, Marinkovic J, Kostic VS. A laboratory-based study on patients with Parkinson's disease and seborrheic dermatitis: the presence and density of Malassezia yeasts, their different species and enzymes production. BMC Dermatol [Internet]. 2014 Jan;14:5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3995588&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 13. Marina L. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH . Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica. 2007;203–7.
 14. Arenas R. Dermatología:Atlas,Diagnóstico y Tratamiento. 2009.
 15. Naldi L, Rebora A. Seborrheic Dermatitis. 2009;
 16. Schwartz R a, Janusz C a, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. Am Fam Physician [Internet]. 2006 Jul 1;74(1):125–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16848386>
 17. Okokon E, Oyo-Ita A, Chosidow O. Interventions for seborrhoeic dermatitis. Cochrane Libr [Internet]. 2009 [cited 2014 Jul 18];(4):1–7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008138/full>
 18. Wolff Klaus, Goldsmith Lowell A, Katz Stephen I, Gilchrest Barbara A, Paller Amy S. LDJ. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 2008.
 19. Gupta a K, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2004 Jan;18(1):13–26; quiz 19–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678527>
 20. Valia RG. Editorial Etiopathogenesis of seborrheic dermatitis. 2006;72(4):253–6.
 21. Piquero-martín DJ, Piquero-casals J. Dermatitis Seborreica.
 22. Pie GE. Revisiting dandruff. Int J Cosmet Sci. 2006;28(5):311–8.
 23. Hay RJ. Malassezia, dandruff and seborrhoeic dermatitis: an overview. Br J Dermatol [Internet]. 2011 Oct [cited 2014 Jun 26];165 Suppl 2–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21919896>
 24. Herrera E R del portal G. Tema 23 DERMATITIS SEBORREICA. Dermatología: Correlación clínico-patológica. 2005;105–8.
 25. Elizabeth R, Cristina D, Félix F. Caracterización de especies del género Malassezia en pacientes con dermitis seborreica y en controles. RevMed Chile. 2003;(131):1295–300.

26. Rosso JQDEL. Adult Seborrheic Dermatitis. Clin Aesthetic Dermatology. 2011;4(5):32–8.
27. Schwartz JR, Messenger AG, Tosti A, Todd G, Hordinsky M, Hay RJ, et al. A comprehensive pathophysiology of dandruff and seborrheic dermatitis - towards a more precise definition of scalp health. Acta Derm Venereol [Internet]. 2013 Mar 27 [cited 2014 Jul 20];93(2):131–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22875203>
28. Turner G a, Hoptroff M, Harding CR. Stratum corneum dysfunction in dandruff. Int J Cosmet Sci [Internet]. 2012 Aug [cited 2014 Jul 18];34(4):298–306. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3494381&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
29. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. Clin Dermatol [Internet]. Elsevier Inc.; 2013 [cited 2014 Aug 9];31(4):343–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806151>
30. Zárate LO. Dermatitis Seborreica. Rev Médica la Univ Veracruzana. 2003;3:14–6.
31. Serhat H N. The Pathogenesis and Treatment of Seborrhoeic Dermatitis. T Klin J Med Sci. 2002;22:239–44.
32. Fonseca E. Medidas generales Tratamientos. 2003;1–5.
33. No R, Ju C, Cenetec C, General E, Nacional C, Tecnol E, et al. Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis seborreica en el adulto. 2009;5–46.
34. Pérez EZ, Fernández AT, Zambrano AZ. seborreica. :141–5.
35. Quintana L de. Prevalencia de Infección por VIH en Pacientes con Patología Dermatológica en un Centro de Referencia Nacional. Rev Salud ... [Internet]. 2009 [cited 2014 Jul 20];11(4):613–9. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf>
36. Jukić IL. Seborrheic Dermatitis : An Update. 2012;20(2):98–104.
37. Kastarinen H, Oksanen T, Eo O, Vv K, Airola K, Jyrkkä J, et al. Topical anti-inflammatory agents for seborrhoeic dermatitis of the face or scalp (Review). Cochrane Libr. 2014;(5).
38. Elewski BE. Safe and effective treatment of seborrheic dermatitis. Cutis [Internet]. 2009 Jun;83(6):333–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19681345>

39. Stefanaki I, Katsambas a. Therapeutic update on seborrheic dermatitis. *Skin Therapy Lett* [Internet]. 2010 May;15(5):1–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20505895>
40. Gupta AK, Nicol K, Batra R. Role of antifungal agents in the treatment of seborrheic dermatitis. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2004 Jan;5(6):417–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663338>
41. Ramón Azanza J, García-Quetglas E, Sádaba B. Farmacología de los azoles. *Rev Iberoam Micol* [Internet]. 2007 Sep;24(3):223–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130140607700475>
42. Borgers M, Degreef H. The role of ketoconazole in seborrheic dermatitis. *Cutis* [Internet]. 2007 Oct;80(4):359–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038701>
43. Faergemann J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2000;1(2):75–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702314>
44. Gupta a K, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Aug 9];28(1):16–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23802806>
45. Waraphorn Apasarawirote, Montree Undompataikul SR. Special Article Topical Antifungal Agents for Seborrheic Dermatitis : Systematic Review and Meta-Analysis. 2011;94(6):756–60.
46. Shuster S, Meynadier J, Kerl H, Nolting S. Treatment and prophylaxis of seborrheic dermatitis of the scalp with antipityrosporal 1% ciclopirox shampoo. *Arch Dermatol* [Internet]. 2005 Jan;141(1):47–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15655141>
47. Sanfilippo A, Iii JCE, English JC. An Overview of Medicated Shampoos Used in Dandruff Treatment. 2006;31(7):396–400.
48. Goldenberg G. in Seborrheic Dermatitis. *Clin Aesthetic Dermatology*. 2013;6(2):44–9.
49. Kim GK, Rosso JDEL. in the Treatment of Seborrheic Dermatitis. 2013;6(2):29–36.
50. Study AO. Topical Pimecrolimus 1 % Cream for Resistant Seborrheic Dermatitis of the Face. 2010;11(1):51–4.
51. Koc E, Arca E, Kose O, Akar A. An open, randomized, prospective, comparative study of topical pimecrolimus 1% cream and topical ketoconazole 2% cream in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2009 Jan [cited

- 2014 Jul 8];20(1):4–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18677657>
52. Pazyar N, Yaghoobi R, Bagherani N, Kazerouni A. A review of applications of tea tree oil in dermatology. *Int J Dermatol* [Internet]. 2013 Jul;52(7):784–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22998411>
 53. Gustafson CJ, Davis SA, Feldman SR, Sciences PH, Carolina N. Complete Approaches to Seborrheic Dermatitis. 2012;(June):1–4.
 54. Campo A, Bustos G. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá , Colombia. *Redalyc*. 2009;9(3):271–80.
 55. Camargo B. ESTRÉS, SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN O REACCIÓN GENERAL DE ALARMA. *Rev Médico Científica*. 1983;78–86.
 56. Plaza C. E s t r é s . Aspectos médicos. :67–92.
 57. Comín E, De la Fuente I, García A. E L ESTRÉS Y EL RIESGO PARA LA SALUD. 2009;1:4–46.
 58. Blanco G, Solas C. El estrés en el ámbito laboral Concepto y características del. *Gab Confed Segur y Salud Labor*. 2005;1:5–32.
 59. Rodríguez M. EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO LABORAL. *Gab Confed Segur y Salud Labor*. (34):1–15.
 60. Andres D, Giraldo G. ESTRÉS Y DEPRESION. *Univ la Sabana*. 1–52.
 61. Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011;19(2):348–53. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21584382>
 62. Sandín B. El estrés : un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Rev Int Psicol*. 2003;3(1):141–57.
 63. Juárez-garcía A. Factores psicosiales, estrés y salud en distintas ocupaciones : un estudio exploratorio. 2007;9(1):57–64.
 64. Doval YR. Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Rev Int Psicol*. 2002;03(01):1–19.
 65. Vargas-navarro P, Latorre-lópez D, Parra-cardenas S. ESTRESORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN DEPRESSION. 2011;1(2):39–53.
 66. Everly G. Physiology of Stress. 2005;35–48.

67. Everly, GS, Lating JM. The Anatomy and Physiology of the Human Stress Response [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cited 2014 Jul 11]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-5538-7>
68. Joseph-bravo P, Gortari P. El estrés y sus efectos en el metabolismo y el aprendizaje. 2007;65–76.
69. McEwen BS. Correction for McEwen, Brain on stress: How the social environment gets under the skin. Proc Natl Acad Sci [Internet]. 2012 Dec 19 [cited 2014 Jul 12];110(4):1561–1561. Available from: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1221399110>
70. Dunn J, Koo J. Dermatology Online Journal UC Davis. Dermatol Online J. 2013;19(6):1–19.
71. Condes L, Andes L. Estrés y depresión : Resumen. Rev Med (Puebla). 2005;16(4):1–10.
72. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés Neurobiology of stress. Rev Neuro Psiquiatr Chile. 2010;48(4):307–18.
73. Molina-jiménez T, Gutiérrez-garcía AG, Hernández-domínguez L, Contreras CM. Estrés psicosocial : Algunos aspectos clínicos y experimentales. 2008;24:353–60.
74. Community K, Centre H. Stress & Stress Management. Clinic Community Health Centre. 2010.
75. León R. Depresión inducida por estrés emocional o ¿ estado de “ agotamiento nervioso ”? Rev la Soc Peru Med Interna. 2007;20(4):149–52.
76. Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2005 Jan [cited 2014 Jul 9];1:293–319. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716090>
77. Vargas Laguna E, Peña Payero ML, Vargas Márquez a. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2006 Dec;97(10):637–43. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731006734846>
78. Koo J, Do J, Lee C. Psychodermatology. Am Fam Physician [Internet]. 2001 [cited 2014 Jul 19];64(11):1873–8. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Psychodermatology+:#1>
79. Shenefelt PD. Management of Psychodermatologic Disorders. 2009;9–18.
80. Chuh A, Wong W, Zawar V. The skin and the mind. Aust Fam Physician [Internet]. 2006 Sep;35(9):723–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16969446>

81. Alsamarai A, Majeed A. Association between stress and skin disease. *Middle East J Intern.* 2007;3(I):12–9.
82. Alfonso J, López P, Tapia MD, José J, Togawa C, Robles C. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo , México. 2008;23(6):377–83.
83. Teresa M, Ramírez G, Hernández RL. Síntomas psicosomáticos y estrés : comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. 2008;XI(4):403–10.
84. Quezada C, Teresa M, Ramírez G, Norte U. El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes The role of stressors and conditions of. 2012;
85. Ratanasiripong P, Ratanasiripong N, Kathalae D. Biofeedback Intervention for Stress and Anxiety among Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *ISRN Nurs* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Aug 25];2012:827972. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3395228&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

ANEXOS

Anexo 1 Fotos

Foto 1: Dermatitis Seborreica facial (Localización: cejas)



Fuente: Pacientes CEPI 2014

Foto 2: Dermatitis Seborreica facial (Localización: pliegues nasogenianos)



Fuente: Pacientes CEPI 2014

Foto 3 : Dermatitis Seborreica (Localización región external)



Fuente: Pacientes CEPI 2014

Foto 4: Dermatitis Seborreica Infantil



Fuente: Arenas R. Dermatología:Atlas,Diagnóstico y Tratamiento. 2009.

Foto 5 Pitiriasis capitis



Fuente: Arenas R. Dermatología: Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. 2009.

Foto 6 : Dermatitis Seborreica facial (Localización: canal auditivo externo)



Fuente: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 2008.

Anexo 2 Escala Modificada de Shekelle

La Escala Modificada de Shekelle y colaboradores clasifica a la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza número de 1 a 4 y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación, letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría	Calidad de la evidencia
1 a	Evidencia para meta análisis de los estudios clínicos aleatorizados
1 b	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
2 a	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
2 b	Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte
3	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudio comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
4	Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clónica de autoridades en la materia o ambas
Categoría	Fuerza de la recomendación
A	Directamente basada en evidencia categoría 1
B	Directamente basada en evidencia categoría 2 o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1
C	Directamente basada en evidencia categoría 3 o recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 1 o 2
D	Directamente basada en evidencia categoría 3 o recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 2 y 3

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical Guidelines. Developing guidelines. BMJ, 1999 February 27;318(7183): 593-96.

Fuente: Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Ecuador. 2014

Anexo 3 Consentimiento Informado

Consentimiento informado para participar en una investigación

Respetado(a) señor(a) _____ por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria para la realización de un estudio en personas con dermatitis seborreica en el cual recolectaremos sus datos personales, realizaremos una escala para medir sus niveles de estrés y una escala para determinar sus redes de apoyo familiar.

La información obtenida a partir de sus respuestas tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidos.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de este estudio (Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo) _____ con número de cédula de identidad

_____ expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización del estudio en pacientes con dermatitis seborreica

En constancia,

Firma

CI:

Anexo 4 Hoja de datos personales

Sexo: Femenino----- Masculino----- **Edad:** -----

Estado civil: Soltero/a-----Casado/a----- Divorciado/a-----Viudo/a-----Unión Libre----

Nivel de instrucción: Primaria----- Secundaria----- Superior-----

Actualmente se encuentra empleado: SI----- NO-----

Tipo de Trabajo----- **Horas de Trabajo:** -----

Realiza ejercicio físico: SI----- NO-----

¿Cuántas veces a la semana? -----

Realiza otro tipo de actividades recreativas (caminar, pintar, bordar, etc):

SI----- NO-----

¿Cuántas veces a la semana? -----

Ingreso familiar mensual: mayor \$560----- menor \$560-----

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad o enfermedades hasta el momento?

¿Cuál?-----

A continuación usted contestará una serie de preguntas marcando con una cruz” X” la opción que indique de mejor manera su situación actual.

Le agradezco por su colaboración.



Anexo 5 Escala CEPI

Zonas afectadas

Cuero cabelludo, cejas, surcos nasogenianos, pliegues de las orejas, región medio torácica

Extensión:

- 1 = 1-2 zonas afectadas
- 2 = 2-3 zonas afectadas
- 3 = 3 o más zonas afectadas

Descamación:

- 0 = no afectación
- 1 = leve
- 2 = moderado
- 3 = severo

Eritema:

- 0 = no afectación
- 1 = leve
- 2 = moderada
- 3 = severa

Infiltración:

- 0 = no afectación
- 1 = leve
- 2 = moderado
- 3 = severo

Afectación emocional del paciente

- 0 = no afectación
- 1 = leve (no afecta sus actividades diarias)
- 2 = moderada (Perturba sus actividades diarias)
- 3 = severa (Impide sus actividades diarias)

Leve: 0-3 pts

Moderada: 4- 6 pts

Severa: 7-9 pts

Puntaje: -----

Anexo 6 Escala de estrés percibido

Marque con una cruz “x”, la opción que indique de mejor manera la situación actual que usted vive, considerando el último mes.

1. Durante el último mes, con qué frecuencia ha estado afectado por alguna situación que ocurrió inesperadamente.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

2. Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

3. Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

4. Durante el último mes, con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

5. Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

6. Durante el último mes, con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

7. Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las cosas le salen bien.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

8. En el último mes, con qué frecuencia ha sentido no poder afrontar todas las cosas que debía realizar.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

9. Durante el último mes con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

10. Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que está al control de todo.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

11. Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido molesto, porque los sucesos que le han ocurrido, estaban fuera de su control.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

12. Durante el último mes, con qué frecuencia ha pensado sobre aquellas cosas que le quedan por lograr.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

13. Durante el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar su tiempo.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
4	3	2	1	0

14. Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas.

Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Puntaje: -----

0-9 Ausencia de estrés

10-20 Estrés leve

21-35 Estrés moderado

36-56 Estrés severo

Anexo 7 Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)

El propósito de este cuestionario es medir cuánto su problema de la piel ha afectado su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Marque una casilla para cada pregunta.

1.	Durante la última semana, ¿cuánto le pica o qué tan sensible, adolorida o con escozor ha estado su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante la última semana, ¿cúan avergonzado/a o cohibido/a ha estado usted debido a su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante la última semana, ¿cuánto ha interferido su piel con que usted vaya de compras o cuide de su hogar o jardín?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su piel en la ropa que se pone?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana, ¿cuánto ha afectado su piel cualquier actividad social o de esparcimiento?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana, ¿cuánto le ha dificultado su piel hacer cualquier deporte?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
7.	Durante la última semana, ¿le ha impedido su piel trabajar o estudiar?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No", durante la última semana ¿cuánto problema ha significado su piel en el trabajo o para estudiar?	Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante la última semana, ¿cuánto problema ha creado su piel con su pareja o con cualquiera de sus amigos cercanos o parientes?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿en qué medida su problema de la piel le ha ocasionado dificultades sexuales?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha significado el tratamiento de su piel, por ejemplo causando desorden en su casa o quitándole tiempo?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>

Revise que ha respondido a CADA pregunta. Gracias.

0-1 No afecta calidad de vida ; 2-5 mínima afección calidad de vida ; 6-10 moderada afección calidad de vida; 11-30 Severa afección de calidad de vida

Anexo 8 Apgar familiar

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales : 7 a 10 puntos
Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos
Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos